



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Estimulação Sensorial Regulada: Intervenção do**  
**Enfermeiro Especialista em Reabilitação à Pessoa**  
**com Traumatismo Cranioencefálico**

**Luis Miguel Correia dos Santos**

**Lisboa**  
**2017**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Estimulação Sensorial Regulada: Intervenção do**  
**Enfermeiro Especialista em Reabilitação à Pessoa**  
**com Traumatismo Cranioencefálico**


**Luis Miguel Correia dos Santos**

Professor Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto

**Lisboa**

**2017**

Este relatório de estágio não contempla as correções resultantes da discussão pública



“É o tempo da travessia: e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à  
margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

A ti, pelos momentos que não estive contigo, pelas horas que não brinquei contigo,  
pelas palavras que não ouvi, pelos abraços e beijos que não te dei.

## **Agradecimentos**

- À Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto, pelos saberes que me transmitiu, no seu modo entusiasta e apaixonado. Obrigado pelo apoio, amizade, e compreensão, que foram essenciais para continuar.
- À Joana pela ajuda e apoio nos momentos de ausência.
- Aos meus pais que me ensinaram o valor do trabalho e da honestidade.
- Aos meus colegas de curso pelas novas amizades que se formaram.
- Aos meus colegas de trabalho pela sua compreensão e ajuda.
- À Enf.<sup>a</sup> Ana por ter possibilitado condições para uma melhor gestão de tempo.
- À Enf.<sup>a</sup> Maria José pela sua amizade e por tudo o que me ensinou.
- À Débora por ter ajudado a dar clareza à minha escrita.
- A todas as pessoas que cruzaram comigo neste percurso.

## **Lista de abreviaturas e siglas**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMR - Centro de Medicina de Reabilitação

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Escala de Coma de Glasgow

ER - Enfermagem de Reabilitação

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESR - Estimulação Sensorial Regulada

LCFS - Escala de Níveis de Funcionamento Cognitivo Rancho Los Amigos

MIF - Medida de Independência Funcional

MMSE - Mini Mental State Examination

OE - Ordem dos Enfermeiros

PQCER - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFM - Reeducação Funcional Motora (RFM),

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCC - Rede Nacional de Cuidados Continuados

SNC - Sistema Nervoso Central

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

WNSSP - Western Neuro Sensory Stimulation Profile

WHO - World Health Organization

## Resumo

O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) é uma das maiores causas de incapacidade a nível mundial. A pessoa pode apresentar decorrente da lesão cerebral adquirida, alterações a nível da consciência, memória, atenção e aprendizagem. Estas sequelas tem um forte impacto na sua vida pessoal, social e profissional.

A Estimulação Sensorial Regulada (ESR) é uma abordagem que complementa a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Consiste na entrada de informação no cérebro através de sensores (visão, paladar, olfato, audição e a sensibilidade.) Esta deve ser realizada de forma organizada e estruturada, contemplando estímulos relacionados com o *habitus* da pessoa. Devem-se selecionar instrumentos de avaliação do estado de saúde, onde se inclui a avaliação neurológica antes e após a implementação de atividades de ESR, permitindo medir e analisar os resultados obtidos.

Através da adequação de atividades de ESR, associado a um plano de estímulos relacionados com o *habitus*, pode-se promover o conforto da pessoa. A sua interferência é verificada no contexto físico, psico-espiritual, social e ambiente, conforme descrito no modelo teórico de Kolcaba.

O objetivo do presente relatório consiste na descrição, análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas em estágio, de acordo com os objetivos propostos no projeto, para o desenvolvimento de competências específicas de EEER e comuns de Enfermeiro Especialista (EE), preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Como conclusão verificou-se que a ESR pode ser usada para promover a reabilitação da pessoa com TCE. Esta pode contribuir favorecendo a plasticidade cerebral influenciando o processo de recuperação da função cognitiva, sensorial, motora, e, por consequente, a recuperação funcional. Devem ser produzidos estímulos. relacionados com o *habitus* da pessoa, promovendo o conforto apoiado na interação enfermeiro/pessoa/família.

**Palavras-Chave:** Traumatismo Crânio Encefálico, Estimulação Sensorial Regulada, Habitus, Conforto, Enfermagem de Reabilitação.

## **Abstract**

Traumatic brain injury (TBI) is one of the biggest causes of disability worldwide. The person may present due to acquired brain damage, changes in consciousness, memory, attention and learning. These sequels have a strong impact on their personal, social and professional lives.

Regulated Sensory Stimulation (RSS) is an approach that complements the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (SNRN). It consists of the input of information in the brain through sensors (vision, taste, smell, hearing and sensitivity). This must be done in an organized and structured way, contemplating stimuli related to the *habitus* of the person. Health assessment instruments should be selected, including neurological evaluation before and after the implementation of RSS activities, allowing to measure and analyze the results obtained.

Through the adaptation of RSS activities, associated with a *habitus*-related stimulus plan, one can promote the person's comfort. Their interference is verified in the physical, psycho-spiritual, social and environmental context, as described in the theoretical model of Kolcaba.

The objective of this report is to describe, analyze and reflect on the activities carried out in an internship, in accordance with the objectives proposed in the project, for the development of SNRN specific competencies and the Specialist Nurse (SN), recommended by the Nurses' Order.

As a conclusion, it was found that RSS can be used to promote the rehabilitation of the person with TBI. This may contribute to the brain plasticity influencing the recovery process of cognitive, sensory, motor, and, consequently, functional recovery. Stimulus must be produced related to the person's *habitus*, promoting comfort based on the interaction nurse / person / family.

**Keywords:** Traumatic Brain Injury, Regulated Sensory Stimulation, Habitus, Comfort, Rehabilitation Nursing



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>26</b>
<b>2. AVALIAÇÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>3. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>66</b>

## **ANEXOS E APÊNDICES**

Apêndice I - Projeto de estágio

Apêndice II - Plano de reabilitação CMR

Apêndice III - Plano de reabilitação ECCI

Apêndice IV - Avaliação dos pares cranianos

Apêndice V - Domínios da atenção

Apêndice VI - Avaliação do *habitus*

Apêndice VII - Plano de estímulos autobiográficos

Apêndice VIII - Caixa com materiais para estimulação sensório-motor

Apêndice IX - Caixa com materiais para avaliação neurológica e dos pares cranianos

Apêndice X - Formação "Reabilitação cognitiva e estimulação sensorial"

Apêndice XI - Jornal de aprendizagem " A música com veículo de conforto"

Apêndice XII - Autoavaliação no contexto hospitalar

Apêndice XIII - Autoavaliação no contexto comunitário

Anexo I - Escala de Zarit

Anexo II - Escala de Gijon

Anexo III - Escala de Guss

Anexo IV - Mini Mental State Exam

Anexo V - Escala de Níveis de Funcionamento Cognitivo Rancho los Amigos

Anexo VI - Avaliação dos enfermeiros orientadores

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Diagrama da intervenção do EEER à pessoa com TCE através da ESR .....	64
---	----

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 7<sup>a</sup> Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi elaborado o presente relatório que compreende a descrição e análise das atividades desenvolvidas em contexto de ensino clínico. O estágio teve uma duração total de 750 horas, compreendendo 25 horas de orientação tutorial, 225 horas de trabalho autónomo e 500 horas divididas por dois campos de estágio. Um em meio hospitalar, realizado num Centro de Medicina de Reabilitação (CMR), e outro na comunidade, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Este relatório tem como objetivo espelhar o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) (regulamento nº122/2011, p.8658); as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (regulamento 125/2011, p.8658), conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE). A análise do nível das competências alcançadas, serão relacionadas com o estipulado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER) (regulamento nº350/2015 p.16655-16660), que constituem um instrumento para a promoção da melhoria contínua dos cuidados especializados em reabilitação, e um referencial para a reflexão sobre os mesmos.

Benner refere que “é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a “experiência”, e que o conhecimento clínico - mistura entre os conhecimentos práticos simples e os conhecimentos teóricos brutos - se desenvolve” (Benner, 2001, p.37). O adquirir de competências através da experiência está presente, mas “enquanto o reconhecimento dos colegas e dos doentes é visível, as competências da perita não podem ser reconhecidas pelos critérios habituais de avaliação” (Benner, 2001, p.60). Podemos aferir que apesar de uma enfermeira experiente ter uma capacidade desenvolvida de analisar acontecimentos, de detetar precocemente alterações clínicas e ter um raciocínio indutivo desenvolvido, necessita do uso de instrumentos analíticos e de avaliação, que só provem das competências adquiridas através da formação especializada, de modo a documentar os seus atos e desenvolver novos domínios de conhecimento.

Derivado desta necessidade intrínseca, face aos longos anos de percurso profissional, o aperfeiçoamento de competências através da especialização dá resposta à procura da melhoria nos cuidados de enfermagem prestados a pessoa, “centrados nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem” (Silva, 2007, p.19).

A materialização deste relatório, decorreu da operacionalização do projeto de estágio que foi desenvolvido na Unidade Curricular Opção 2, no enquadramento com a estrutura do ciclo de estudos do Dec. Lei nº74/2006 de 24 de março artigo 20º, nº1 alínea b: “(...) um estágio de natureza profissional objecto de relatório final, consoante objetivos específicos visados (...)”.

Neste âmbito foi concretizado o projeto “Estimulação Sensorial Regulada: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação à Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico” (Apêndice I), que serviu de base e orientação ao desenvolvimento das atividades em estágio, de modo a desenvolver competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (ER). É demonstrado neste capacidade de análise, compreensão sobre os fenómenos de saúde/doença na pessoa e sociedade, demonstrando “uma prática multidisciplinar fundamentada em conhecimentos científicos baseados na evidência com finalidade de assegurar a pessoa com incapacidade ou deficiência, o suprimir, atenuar ou ultrapassar obstáculos geradores de desvantagem utilizando os recursos disponíveis para uma reeducação funcional, reinserção social, escolar e profissional” (Hesbeen, 2001, p.53). A sua temática está identificada como área de investigação prioritária para a especialidade de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A escolha desta temática específica, deve-se ao percurso profissional num serviço de internamento de neurocirurgia. Tenho como área de interesse a pessoa com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e a complexidade na sua abordagem face às desordens adquiridas ao nível cognitivo. Esta complexidade está presente na minha prática diária, sendo sistematicamente necessário rever e reconstruir estratégias de comunicação, estratégias para a mudança e regulação comportamental relacionados com a alteração da consciência, com o deficit de atenção ou alterações de memória, que surgem como um obstáculo para uma recuperação funcional, e reintegração na vida familiar e comunidade. De acordo com Spitz, Ponsford, Rudzki & Maller (2012) o

desenvolver de estratégias para combater deficits nas funções executivas<sup>1</sup> potenciam os resultados de recuperação funcional.

A reabilitação cognitiva é vasta no sentido da sua intervenção. Através da pesquisa bibliográfica e das sessões de orientação tutorial, foi-me dado a descobrir a estimulação sensorial e de que forma está demonstrado o seu contributo na área de reabilitação

Será abordada a Estimulação Sensorial Regulada (ESR) e o modo como os estímulos associados a um ambiente enriquecido e regulado podem favorecer a plasticidade cerebral, promovendo o despertar da consciência de modo a potenciar a reabilitação funcional e cognitiva. É salientando a importância da satisfação das necessidades de conforto da pessoa através da evocação de memórias e emoções associadas. Será desenvolvido a importância do *habitus*<sup>2</sup>, de acordo com a teoria desenvolvida de Pierre Bourdieu<sup>3</sup>, e a sua relevância através do uso de estímulos autobiográficos nas atividades de ESR..

Relativamente à metodologia de pesquisa, primeiro efetuou-se a pesquisa no Google Académico de conceitos, consulta e leitura de teses e artigos potencialmente relevantes, e referenciais teóricos do trabalho em livros de autor e revistas especializadas consultados na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Foi realizada posteriormente pesquisa na EBSCO, nomeadamente nas bases de dados Cinahl e Medline. Foram usados os descritores: *Traumatic brain injury; consciousness; sensory stimulation, neuronal plasticity, “rehabilitation nurse”, “rehabilitation”*. A pesquisa foi realizada para artigos em inglês e português, com os operadores booleanos “and” e “or.” Os critérios de exclusão foram: estudos com mais de 5 anos, sem texto completo, artigos que após a leitura do resumo não corresponderam ao tema do trabalho

No âmbito do projeto foram delineados como objetivos gerais do projeto: compreender a forma como a ESR pode contribuir na reabilitação da pessoa com TCE

---

<sup>1</sup> “conjunto de funções integradas que nos permitem comunicar através de símbolos, representar mentalmente o mundo, apreender, processar, guardar e transmitir vários tipos de informação” (Ferro & Pimentel, 2006, p.1).

<sup>2</sup> Palavra de origem latina, que deriva da palavra grega hexis utilizada por Aristóteles para designar características do corpo e da alma adquiridas no processo de aprendizagem. Bourdieu (1963, 1972), definiu o conceito como um sistema que integra todas as experiências passadas até à ação do presente e que reflete a identidade social e experiência autobiográfica (Setton, 2002).

<sup>3</sup> Sociólogo francês (1930-2002), autor de uma série de obras no âmbito da Sociologia e Etnologia.

e desenvolver competências na intervenção do EEER que promovam o processo de reabilitação física, cognitiva e social.

O TCE é uma das maiores causas de morte e incapacidade a nível mundial segundo a World Health Organization (WHO) (2004). Constitui um problema de saúde pública com elevado impacto social e económico. O aumento da sobrevivência dos doentes com TCE severo devido ao progresso da medicina, tecnologia e unidades de cuidados intensivos, levam a uma menor qualidade de vida e capacidade funcional (Megha, Harpreet & Nayeem, 2013). Este facto leva a que o nível de incapacidade ou sequelas com alterações comportamentais e cognitivas tenham maior incidência. A maioria dos sobreviventes de TCE fica com sequelas que vão interferir na sua vida pessoal, social e profissional e que tem impacto nos seus familiares e na sociedade em geral.

Em Portugal, Santos, Sousa & Castro Caldas (2003) realizaram um estudo sobre a incidência do TCE entre 1996-97, que foi de 137/100000, evidenciando uma tendência para a sua diminuição. Os autores acreditam que esses valores se devem à melhoria das medidas de prevenção rodoviária. O TCE acontece predominante no jovem, com uma proporção de 3 para 1 nos homens em relação às mulheres. Não podemos assim afirmar qual a real taxa de incidência em Portugal atualmente face à inexistência de novos estudos. Existe o aumento de incidência nas pessoas mais velhas, e a diminuição nas mais novas, apesar de ser “a principal causa de mortalidade e morbilidade entre os adultos jovens”. (Oliveira, Lavrador, Santos, Lobo Antunes, 2012, p.179, citando Winn, Bullock, Hovda, Schouten, Maas, & Youmans, 2011). Esta tendência é reportada no estudo de Peeters et al (2015), em relação à epidemiologia na Europa.

As lesões resultantes do TCE podem ser divididas em lesão primária ou secundária. A lesão primária é decorrente do trauma e pode resultar em contusão cerebral, laceração, fragmentação óssea, lesão axonal difusa, contusão do tronco cerebral, e depende da natureza e magnitude da força física aplicada. A lesão secundária ocorre subsequente a lesão de impacto, resultando hematomas epicranianos, edema, hipoxemia, isquémia por aumento da pressão intracraniana ou choque. (Greenberg, 2003).

Grande parte das lesões devem-se a mecanismos de aceleração e desaceleração, incidindo sobre a superfície lateral e ventral do lobo frontal e temporal, levando a

alterações correlacionadas com a área afetada, nomeadamente alterações da atenção, memória, aquisição de novas aprendizagens, capacidade de planeamento, solução de problemas, impulsividade, alterações emocionais e autoconsciência (Sohlberg & Mateer, 2015).

A Associação Novamente<sup>4</sup>, num estudo que promoveu em 2014 sobre o impacto socio familiar do TCE, concluiu que na sequência de TCE moderado a grave, a maioria das pessoas apresentam alterações permanentes afetando o autocuidado, mobilidade e reintegração na sociedade e que a dificuldade de acesso a terapias adequadas dificulta a reabilitação física e cognitiva. O mesmo estudo refere que 71% das pessoas com TCE apresentavam incapacidade de tolerar a frustração, impulsividade, irritabilidade, alterações de humor e de interação, e que 76% apresentavam sinais de depressão e ansiedade. É igualmente mencionado que apresentavam ao longo das entrevistas alterações a nível de memória recente, atenção e de aprendizagem.

Fonseca (2013) refere que:

o diagnóstico da situação sob uma perspetiva integrada, avaliando os fatores pré-mórbidos as incapacidades adquiridas a nível físico, cognitivo, comportamental e social, é crucial para a resolução do problema real destes doentes que após a alta hospitalar fica por resolver. Esta situação ocorre na maioria das notas de alta hospitalares destes doentes, onde se discute detalhadamente o problema motor, as técnicas necessárias para o minorar e enuncia-se as intercorrências médicas. No entanto, no que diz respeito aos défices cognitivos e psicossociais decorrentes da lesão adquirida, estes são pouco discutidos e, na maioria das vezes, passam despercebidos. (Fonseca, 2013, p.7).

Daqui advém a importância do início da reabilitação logo que possível na fase aguda, ou seja, desde o momento em que a pessoa entra no hospital, numa perspetiva multidisciplinar e perante um quadro de estabilidade clínica. Essa importância está demonstrada num estudo de Andelic, Sigurdardottir, Sveen & Tornås (2011) no qual referem que pessoas que sofreram TCE severo e que receberam reabilitação numa fase precoce de modo contínuo tiveram maiores ganhos funcionais nos 12 meses pós TCE.

Esta necessidade de reabilitação deve atender às vertentes técnicas associadas à Reeducação Funcional Respiratória (RFR), Reeducação Funcional Motora (RFM) e na capacidade do EEER cuidar de pessoas que sofreram alterações cognitivas por

---

<sup>4</sup> Associação de apoio aos traumatizados crânio-encefálicos e suas famílias. Realizou em 2014 um estudo prospetivo sobre o impacto sócio familiar do traumatismo crânio encefálico.

doença ou lesão identificando as necessidades e adaptando as intervenções às necessidades de cada indivíduo, desde o momento em que entra na enfermaria ou unidade de cuidados intensivos até ao momento da alta hospitalar, abrangendo igualmente a sua passagem pela Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) ou a sua integração na comunidade com seguimento pelos cuidados de saúde primários.

As primeiras descrições relativas ao TCE e o modo como influencia as nossas funções cerebrais, foram encontrados no Egito, datado de há aproximadamente 2500 a.C. O papiro, que foi chamado de “O papiro cirúrgico de Edwin Smith”<sup>5</sup>, descreve a relação entre lesões dos hemisférios cerebrais com as alterações funcionais. Esse facto revela a importância e a tentativa de compreensão dos fenómenos ligados ao TCE e suas sequelas desde os primórdios da humanidade.

Conforme a área cerebral que é afetada, assim é a correlação neuroanatômica, isto leva a que o “estudo das funções cognitivas permita o conhecer da organização funcional do sistema nervoso central normal e a sua capacidade de reorganização (ou plasticidade) após lesão” (Ferro & Pimentel, 2006, p.2-3).

Existem padrões particulares de danos no Sistema Nervoso Central (SNC) associados a diferentes síndromes físicos, cognitivos, comportamentais e disfunção emocionais. Entender essas diferenças e seus cursos comuns facilita o processo de avaliação, planeamento do tratamento e definição de objetivos da equipa de reabilitação (Sohlberg & Mateer, 2015).

Como potenciais distúrbios cognitivos, é necessário salientar a consciência. A consciência, em relação à sua definição, tem evoluído ao longo do tempo, se bem com interpretações diferentes entre si. É definida como “capacidade de nos dar conta de nós próprios, da nossa atividade mental e do ambiente” (Ferro & Pimentel, 2006, p.25), fazendo a distinção consciência fundamental ligado à biologia, o que vivemos, da consciência extensa, com a integração dos acontecimentos no seu “eu”. Castro Caldas (2000) sublinha haver fenómenos mais e menos conscientes, resultando estes de múltiplas variáveis ainda não identificadas totalmente. A consciência é ainda designada como “estado mental que ocorre quando estamos acordados e em que

---

<sup>5</sup> Manuscrito em papiro revelado pelo egiptólogo Edwin Smith que contém 48 casos, 27 referem-se a traumatismo craniano e 6 lidam com traumatismo espinhal. Das 27 lesões na cabeça, 4 são feridas profundas no couro cabeludo que expõem o crânio e 11 são fraturas de crânio. (<http://www.neurosurgery.org/cybermuseum/pre20th/epapyrus.html>).



dispomos de um conhecimento privado e pessoal da nossa própria existência” (Damásio, 2010, p.200). O autor teoriza que o estado de vigília e a mente são componentes indispensáveis da consciência, mas o “Eu” é o elemento distintivo encontrando-se contruído por fases separadas<sup>6</sup>, mas coordenadas, resultando no “Eu autobiográfico” que contém toda a história que memorizamos, recente e remota, onde se incluem as nossas experiências sociais, emocionais, espirituais e as recordações, compondo a mente consciente, mas que também pode estar latente à espera de serem evocadas.

Pinto (2014), divide a consciência em dois componentes: vigília (estado alerta dependente do SARA<sup>7</sup>) e conteúdo (funções do córtex cerebral<sup>8</sup>, como atenção, percepção sensorial, memória explícita, linguagem, execução de tarefas e orientação temporal e espacial). A consciência pode ser comprometida por problemas de atenção e memória. A avaliação de consciência por estádios como: coma, estado vegetativo, estado de consciência mínimo e consciente, muito usado a nível hospitalar, não transparece a complexidade e o aprofundar que este tema merece.

O deficit de atenção é um problema comum após TCE. Larson et al (2010), referem que a sua alteração é grande causa de incapacidade, dificultando a integração social, sendo o seu tratamento prioritário no processo de reabilitação. A atenção é um “processo complexo (...) parte integrante e fundamental da atividade sensorial pelos vários níveis de consciência, que em simultâneo processam a informação” (Castro Caldas, 2000, p.118). Também é definida como processo mental que possibilita à pessoa permanecer em estado de alerta, selecionar, manter, alternar e dividir a sua concentração entre conteúdos ambientais e do próprio pensamento, apresentando-se, também, como pré-requisito para outros processos mentais (Podell, Gilford, Bougakov & Goldberg, 2010). Não é por isso possível reduzi-la a uma definição e relacioná-la com uma única região do cérebro.

---

<sup>6</sup> 1ª fase: proto-eu; 2ª fase: eu nuclear; 3ª fase: eu autobiográfico. Adaptado de “O livro da Consciência” (Damásio 2000 p.229).

<sup>7</sup> Sistema Ativador Reticular Ascendente – “constituído por diversas estruturas localizadas na formação reticular, nomeadamente entre a região ponto-mesencefálica e o diencéfalo (...) intervém na regulação do estado de vigília (Monteiro et al, 2013, p.1)

<sup>8</sup> “É o local das funções intelectuais que nos tornam humanos e que tornam cada um de nós um indivíduo único” (Lynch, 2006, p. 597). É constituído por cinco diferentes áreas especializadas em determinada função, sendo o centro das funções cerebrais superiores: Córtex sensorial primário: discrimina as diferentes intensidades e qualidades das informações sensoriais; Córtex de associação sensorial: Reconhecimento da sensação através de uma análise mais complexa; Áreas de planeamento motor: organizam o movimento; Córtex motor primário: fornece o controlo descendente da atividade motora; Córtex de associação: controla o comportamento, interpreta as sensações e processa as emoções e memórias. Adaptado de Laurie Lundy-Ekman (2008).

Após o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou TCE, devido ao trauma a nível dos lobos temporais, hipocampo e amígdala, as alterações a nível da memória estão comumente presentes (Elliot & Parente, 2014; Cicerone et al 2000). Este artigo refere que a reabilitação da memória apresenta resultados efetivos, embora em menor grau no TCE. Torna-se necessário compreender os mecanismos de memória para perceber a importância do processo de ESR na sua recuperação e como influencia a reabilitação cognitiva do doente.

Para este processo é necessário salientar o contributo do sistema límbico. É constituído por diversas estruturas<sup>9</sup> formando um anel à volta do tálamo<sup>10</sup>. A amígdala é a responsável pelas emoções, estando igualmente envolvida na interpretação das expressões faciais, linguagem corporal, e associada ao comportamento social. É responsável por receber informações de todos os sistemas sensoriais e conecta-se ao córtex orbito-frontal e com o giro anterior do cíngulo. Tem um papel de modelador nos processos de memorização através das emoções. Estas estruturas em conjunto regulam os comportamentos sociais e a motivação. O hipocampo está envolvido no processamento da memória, coordenando a informação sensorial proveniente do córtex e organiza-a em memórias. Esta associação entre a rede do córtex e hipocampo forma elos de ligação entre as diferentes representações sensoriais do mesmo objeto, acontecimento ou comportamento (Katz & Rubin, 2003).

A memória assume-se como uma função complexa, não unitária e que se relaciona intimamente com a cognição, atenção, raciocínio e aprendizagem. Sem memória não poderíamos ser, saber ser e conectarmo-nos com o meio que nos rodeia. A aquisição de memórias é um processo sistematizado. Segundo Martins (2006), o sistema de memória divide-se em memória primária, memória declarativa de longo termo (episódica e semântica), memória não-declarativa ou de procedimentos., memória propriocetiva e priming. O autor descreve memória primária como uma memória de curto prazo, que inclui a memória de trabalho, sendo que esta retém informação durante um curto espaço de tempo. A memória declarativa de longo termo, ou explícita, está presente na nossa consciência. Divide-se em semântica (contém informação retida recente ou antiga, inclui linguagem e conhecimentos implícitos do

---

<sup>9</sup> Hipotálamo, núcleos anteriores e mediais do tálamo, córtex límbico, hipocampo, amígdala, insula, porção basal do prosencéfalo (Lundy-Ekman, 2004).

<sup>10</sup> Principal centro de interface sensorial. Influencia o humor e o movimento (Seeley, Stephens & Tate, 2001).

que nos rodeia), e episódica (carácter autobiográfico, episódios vividos, que podem ser evocados). A memória não-declarativa ou de procedimentos, permite que realizemos as nossas ações motoras de forma automatizada e quase inconsciente. Estas são pouco acessíveis à consciência e resistem ao esquecimento. A memória perceptiva e priming é um tipo de memória não consciente, servindo para julgamentos de familiaridade, formam padrões, permitindo reconhecer determinada informação facilmente. Apresenta três fases: aquisição ou codificação, armazenagem ou consolidação, acesso ou evocação. A aquisição ou codificação é o processo pelo qual a nova informação é codificada, a consolidação é responsável pelo registo da codificação, tornando-se permanente e a evocação consiste em processos pelos quais procuramos a informação (Martins, 2006).

Habib (2003) expõe o que chama de neuroanatomia da memória. As estruturas responsáveis pela aprendizagem, não são as mesmas onde as informações estão armazenadas. Por esse motivo existe síndromes amnésicos, nos quais as memórias antigas encontram-se muitas vezes poupadas.

O contributo da plasticidade cerebral na recuperação neurológica é um fenómeno que a ER deve compreender. Está demonstrado que a plasticidade cerebral pode favorecer a reabilitação cognitiva e a restituição ou compensação da função perdida. De acordo com Andeletic, et al (2011), citando Zhu et al (2007), a plasticidade anatómica e bioquímica do cérebro e a sua recuperação natural fornece a base para as intervenções de reabilitação. É descrita como “capacidade de o cérebro mudar e alterar a sua estrutura e função” (Sohlberg & Mateer, 2015, p.71), permitindo a sua regeneração e adaptação da sua morfologia e função.

É igualmente definida como “a capacidade dos neurónios de alterar sua função, seu perfil químico (quantidade e tipos de neurotransmissores produzidos) ou sua estrutura” (Laurie Lundy -Ekman, 2008, p.61, citando Woolf & Salter, 2000), sendo esta capacidade dinâmica do cérebro essencial para a recuperação da lesão cerebral adquirida. O mesmo autor refere que na recuperação celular após lesão, o SNC promove a sua recuperação por meio de alterações de sinapses específicas promovendo a sua reorganização funcional, através da atividade dos neurónios em resposta à estimulação sensorial, levando à modificação das áreas de representação cortical onde se processam as informações e conservam a capacidade de desenvolver novas funções.

Os mecanismos de plasticidade cerebral são influenciados pela estimulação sensorial. A estimulação sensorial consiste na entrada de informação no cérebro através de sensores definidos como “órgãos capazes de recolher informações do mundo exterior” (Castro Caldas, 2000, p.82), que compreendem o olfato, o paladar, a audição, a visão e a sensibilidade (tátil, dor, temperatura, vibratória, propriocetiva). O mesmo autor considera que os sentidos correspondem a agrupamentos de sensores.

A capacidade de interação do ser humano com o meio é caracterizado pelo uso dos sentidos numa relação dinâmica. A percepção é o que permite a interação destes constituintes, e é definida como “atividade de rica interação entre o individuo e o meio e que os órgãos dos sentidos estabelecem uma ponte dinâmica pelo sistema e o mundo que o rodeia” (Castro Caldas, 2000, p.88), estando ligados à atenção e memória. Os sentidos constituem assim a fonte de informação mais importante para a atividade cognitiva. Deste modo, através da ESR promovemos a formação de novos circuitos neuronais de informação e novas sinapses, procedendo a uma reconstrução cognitiva e sensoriomotora (Monteiro et al 2013).

Segundo Wood (1991), o desenvolvimento de estimulação sensorial deve ser realizado de forma organizada e estruturada, através de programas de regulação sensorial regulada. A ESR tem ganhos positivos face a estimulação sensorial fornecida de modo indiferenciado (Padilla & Domina, 2016, citando Wood et al, 1992).

A ESR pode ser unimodal<sup>11</sup> ou multimodal<sup>12</sup>. A estimulação multimodal tem resultados melhores que a estimulação unimodal, em termos de recuperação de consciência e alerta (Paddilla & Domina, 2014). A combinação de informações de diferentes modalidades sensoriais facilita a capacidade de detetar, discriminar e reconhecer o estímulo do perceptor, e a aprendizagem é otimizada em um ambiente multissensorial. A ESR deve ter em conta a intensidade, a frequência e o intervalo de tempo entre estimulações, a duração e o ambiente em que estas ocorrem (Wood 1991, Gerber 2005).

Megha, Harpreet & Nayeem (2013), no seu estudo sobre o efeito da frequência dos estímulos sensoriais em pessoas em coma, usaram kits com materiais de estimulação sensorial que utilizam todos os sentidos, baseados no conhecimento pessoal

---

<sup>11</sup> realizada por apenas um dos cinco sensores.

<sup>12</sup> multimodal recorre à associação de pelo menos dois dos sentidos

autobiográfico destes, onde se incluíam perfumes, comida favorita, fotos de familiares, figuras associadas a hobbies, gravações áudio de familiares e amigos. Através da estimulação, usando estes estímulos autobiográficos de forma sequencial levaram a que em termos de resultados, usando como instrumentos de avaliação a Western Neuro Sensory Stimulation Profile (WNSSP)<sup>13</sup> e a Escala de Comas de Glasgow (ECG), concluíssem que a estimulação multimodal à pessoa em coma é eficaz na melhoria dos níveis de consciência face ao grupo de controlo sem estimulação. Também concluíram usando um grupo de estimulação de alta frequência e outro de baixa frequência, que sessões de 20 minutos, cinco vezes dia tem melhores resultados que duas sessões diárias de 50 minutos.

O início da ESR deve ser o mais precoce possível pois a privação sensorial pode atrasar a recuperação e desenvolvimento das funções nervosas centrais e diminuir o limiar de ativação do sistema reticular ascendente (Padilla & Domina, 2016, Li et al 2014).

Pinto (2014) salienta a importância de melhorar os níveis de consciência, uma vez que a pessoa faz a sua reconstrução autobiográfica, passando de um nível de consciência para outro, usando os estímulos como provocadores de consciência.

O ambiente enriquecido é definido como uma combinação de complexo inanimado e estimulação social (Baroncelli et al 2010 citando Rosenzweig et al 1978). Esta definição orienta para uma questão de multifactoridade que não pode ser isolada. Tem efeitos positivos a nível da plasticidade cerebral, melhoria do desenvolvimento cognitivo e ajuda a “promover a recuperação da normalidade de funções sensoriais em condições patológicas que afetam o cérebro adulto” (Pinto, 2011, p.94, citando Sale & Berardi, 2008). Nos estudos de Bill Greenough, usando ratinhos criados em ambiente enriquecido, com rodas giratórias, escadas e outros ratinhos para brincar, estes executavam melhor as tarefas de aprendizagem e eram mais rápidos a orientarem-se nos labirintos que ratinhos privados deste ambiente. Este ambiente fez com que se formassem mais conexões neuronais e melhor irrigação cerebral, fazendo com que os ratinhos ficassem mais inteligentes (Blackmore & Frith, 2009).

A vivência da pessoa segue uma linha contínua desde a infância até ao presente, numa relação de interação com o meio, moldando atitudes, conceitos

---

<sup>13</sup> Mede distúrbios de consciência em pessoas com TCE severo de recuperação lenta (Cusick, et al, 2014).

comportamentos derivados da vivência que vai armazenando e contruindo “o seu baú de memórias” (Silva, 2016, p.19), sendo parte integrante na construção do “Eu”, influenciado pelo contexto biopsicossocial no qual a pessoa está inserida. Esta construção remete-nos para o conceito de *habitus*, teoria desenvolvida por Pierre Bourdieu.

Dubbin, Chang & Shim (2013) referem a importância de o paciente poder comunicar habilidades culturais e atributos de maneiras que são reconhecidas e utilizáveis pelos profissionais de saúde, fornecendo em troca de comportamentos e ações, que podem ser refletidos em a ação do presente e reflete a identidade social e experiência autobiográfica (Setton 2002). O contexto biopsicossocial da pessoa é influenciado pelos *habitus* e influencia o modo como a pessoa procura e vê os cuidados de saúde. Ao ter em conta o seu contexto autobiográfico, ao aplicarmos à pessoa exercícios de ESR usando estímulos autobiográficos após a avaliação do seu *habitus* (que inclui pessoas, significativas, hobbies, acontecimentos marcantes, sabores favoritos, músicas), promovemos o bem estar, conforto e felicidade associada à sua memória construída ao longo do tempo. Conforme será desenvolvido posteriormente no capítulo de atividades desenvolvidas em estágio, o uso do *habitus* da pessoa através da ESR, permite a evocação das memórias ligadas à sua história autobiográfica, o despertar da consciência, levando a uma interação com o meio externo onde se inclui e participar no plano de reabilitação com ganhos funcionais.

Este processo permite igualmente o estabelecimento de uma relação de confiança, de partilha, de compreensão por parte de quem cuida do paciente no contexto em que está inserido. Através da gestão de ambiente proporciona-se um estado de relaxamento e acalmia traduzindo em ganhos de conforto. Podemos aferir que as características individuais são fundamentais na construção de um cuidado centrado na pessoa.

A avaliação do estado de saúde, onde se inclui a neurológica, é essencial antes de implementação de qualquer programas de atividades ou ESR. O EEER deve saber selecionar os melhores instrumentos, que podem incluir escalas ou testes, permitindo medir e analisar os dados e resultados obtidos, numa prática baseada na evidência produzida pela investigação. A avaliação neurológica deve estar sempre presente, nomeadamente a nível de avaliação de estado de consciência, pares cranianos, estado mental, força motora, sensibilidade, equilíbrio, marcha e coordenação motora.

Refiro apenas algumas das escalas e testes utilizadas no contexto clínico como exemplo: ECG para a avaliação do estado de consciência, Escala de Lower para a avaliação da força muscular, Índice de Barthel, para avaliar o nível de independência, Escala de Níveis de Funcionamento Cognitivo Rancho Los Amigos (LCFS) , Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliação da orientação, memória, atenção, cálculo e capacidades executivas e Medida de Independência Funcional (MIF).

A Teoria de Conforto, de Catherine Kolcaba, foi o referencial teórico de enfermagem para o desenvolvimento das atividades de ESR como atividade terapêutica por parte do EEER.

Esta teoria de médio alcance é caracterizada por ser forte, lógica, organizada e facilmente aplicável a muitos cenários, como o ensino, a prática e a investigação (Down, 2004), podendo ser adaptada a qualquer contexto nos cuidados de saúde. Kolkaba (2003) refere que o conforto vem sendo citado desde Nightingale, pelo *Notes on nursing* (1859) como alvo de atenção e tido como objetivo a ser atingido nos cuidados de enfermagem. Já “nos compêndios datados de 1904, 1914 e 1919, o conforto emocional era designado por *conforto mental* e era atingido sobretudo ao proporcionar conforto físico e modificando o ambiente para os doentes” (Down, 2004, p.483, citando McIlveen & Morse, 1995). O conforto surge como elemento essencial na prática de cuidados, não acabando nos cuidados físicos, mas sim ligado a uma dimensão multidimensional da pessoa, podendo-se falar num conforto holístico (Kolkaba, 2003). Os doentes são os que recebem conforto, tendo necessidades de cuidados de saúde, ou seja, necessidades de conforto. São alvo de intervenções de enfermagem, definidas como medidas de conforto, sempre numa visão holística e humanista.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), conforto traduz-se em “sensação de tranquilidade física e bem-estar” (CIPE, 2011, p.45). Nesta definição associa-se, tal como é transparecido muitas vezes na nossa prática, o conforto no domínio físico, não tendo em conta outras variáveis.

Kolcaba (2003) refere conforto como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. Down (2004) refere que na teoria de Kolcaba existem três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) que são experimentados em quatro contextos (físico, psico-espiritual, ambiental e social. A autora define esses vários conceitos. Alívio é a condição da pessoa a quem foi

satisfeita uma necessidade específica pressupondo um desconforto prévio, tranquilidade como estado de calma ou contentamento, e transcendência na qual a pessoa suplanta o seu problema ou sofrimento. Em relação aos contextos de conforto, o físico pertence às sensações do corpo, incluído o descanso, relaxamento, níveis de eliminação, hidratação, oxigenação, dor, e posicionamentos. O contexto psico-espiritual refere-se ao conceito da pessoa de si, a sua posição perante a vida, autoestima, sexualidade, autoconceito. O contexto ambiental relaciona-se com o meio e a sua influência externa, como a luz, o som, o mobiliário, a cor, temperatura, o odor, podendo ser elementos naturais ou artificiais, por fim o contexto social é relativo às relações interpessoais, familiares e sociais, e inclui aspetos financeiros, história familiar, língua, roupas e costumes.

Para além dos quatro contextos de experiência do conforto existem outras variáveis intervenientes, também denominadas pela autora como forças de interação que influenciam a perceção de conforto total (Kolcaba, 2003). Nessas variáveis inclui-se as experiências passadas, idade, postura, estado emocional, sistema de suporte, prognóstico, finanças e totalidade dos elementos da experiência do recetor.

Redirecionando para a ESR, segundo Pinto (2014), a informação recebida pelos sensores, através destes estímulos revestidos de materiais emotivos por intermédio do conforto, desperta as memórias, usa as emoções de modo a que a pessoa tenha capacidade de se lembrar de algo relacionado com a emoção evocada. O conforto em si surge como um gerador de emoções. Um exemplo pode ser o ouvir uma voz familiar por um doente que esteja agitado, ou a associação da fala ao toque. Este despertar de algo familiar, de algo que conhece, leva a uma acalmia, muitas vezes traduzidas a nível da expressão facial<sup>14</sup>. Esta relação do conforto com a componente emocional é igualmente um suporte para estabelecer uma base de confiança e segurança.

Salienta-se a importância da reapreciação das medidas de conforto após a sua implementação. Down (2004) refere que quer a apreciação inicial ou a reapreciação, podem ser intuitivas e/ou subjetivas, tal como quando se questiona à pessoa se está confortável. Deve-se usar instrumentos de medida como por exemplo a escala

---

<sup>14</sup> Paul Ekman investigou as emoções e as expressões faciais e afirmou que as expressões faciais revelam 70% das emoções universais, que demonstram sete emoções básicas: o desprezo, a alegria, o medo, a tristeza, o nojo, a raiva e a surpresa (Pinto, 2014).



numérica de avaliação de dor, escalas visuais analógicas ou questionários previamente testados e aceites com base em evidência científica.

Este trabalho está dividido em quatro partes: a primeira consiste na introdução, onde é identificada a problemática e formulação do problema, juntamente com a justificação sucinta da pertinência do problema e descrição dos objetivos gerais do projeto e o seu contexto de implementação. Aqui inclui-se o enquadramento conceptual da temática em estudo e a abordagem da filosofia de cuidados do projeto. Na segunda parte são descritas as atividades desenvolvidas em função dos objetivos e metodologia traçada, salientando a relevância do campo de estágio no desenvolvimento destas, promovendo a análise e reflexão sobre os resultados obtidos de acordo com o estipulado nos domínios das competências do EE e EEER prevista pela OE, e relacionado com os padrões de qualidade preconizados para a ER assim como a avaliação da sua implementação. A terceira parte consiste na avaliação dos pontos fortes e limitações e dificuldades percebidas na implementação do projeto, assim como a contribuição deste para a melhoria da qualidade dos cuidados. Finalmente na conclusão, é realizada uma reflexão sobre o percurso realizado, dando-se relevância às ideias principais deste trabalho no contexto da ER, destacando a ESR com intervenção para promover a reabilitação da pessoa com TCE, a importância do *habitus*, e como pode favorecer o conforto. Será igualmente referido as perspetivas futuras de desenvolvimento e continuidade do trabalho na prática diária.

## 1. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O presente capítulo apresenta a análise descritiva e reflexão crítica das atividades desenvolvidas em estágio na vertente hospitalar e comunidade, enquadrados nos objetivos propostos do projeto e como permitiram a aquisição de competências preconizadas pela OE para o EEER.

Segundo o dicionário de língua portuguesa, o significado de competência traduz-se em “aptidão, idoneidade (...) faculdade que uma pessoa tem de resolver um assunto, capacidade” (Costa & Melo, 1999, p.392).

O desenvolvimento das competências comuns e específicas na área de reabilitação permite ao enfermeiro especialista possuir:

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas nos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos em competências especializadas a um campo de intervenção” (OE, 2010a, p.2).

Para concretizar o objetivo conhecer e integrar a equipa multidisciplinar nos locais de ensino clínico e a sua dinâmica funcional, identificando a intervenção do EEER, iniciei o processo de integração no campo de estágio numa fase anterior ao contexto de ensino clínico. No decorrer do projeto foi realizada visita aos locais de estágio. Deste modo foi possível realizar uma caracterização geral da instituição, onde se inclui a sua estrutura física, dinâmica de funcionamento, população-alvo e filosofia de cuidados, que se foi completando de uma forma contínua ao longo do estágio.

Antes de iniciar o primeiro estágio no CMR senti alguns momentos de ansiedade, dado que era uma nova realidade com que me iria deparar, assumindo o papel de estudante num contexto de ensino clínico, o qual desde a licenciatura não assumia. Este receio foi gradualmente ultrapassado através do desenvolvimento de atividades de forma transversal aos dois campos de estágio, nomeadamente integrar a equipa de EEER e multidisciplinar, conhecendo a dinâmica orgânica e funcional da instituição; conhecer a população alvo; consultar o manual de procedimentos e protocolos do serviço; sistema de registos de enfermagem; esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro orientador; observação participada numa fase inicial e desenvolvimento de atividades de ER ao utente e família com o propósito de aperfeiçoar os conteúdos

teórico práticos, e desenvolver no restante estágio a assimilação e consolidação gradual de conhecimentos.

O objetivo do CMR é reabilitar pessoas com deficiência de predomínio motor ou multideficiência, quer congénita quer adquirida, de qualquer idade. Abarca igualmente a área da formação de profissionais, investigação na área da prevenção e tratamento da deficiência e desenvolvimento de novas áreas de apoio à investigação.

O serviço onde desenvolvi o estágio apresenta uma lotação de trinta e quatro camas. Recebe essencialmente doentes que sofreram AVC, doenças neurológicas degenerativas, como a Esclerose Múltipla, Síndrome de Guillain Barre, e utentes submetidos a amputação dos membros inferiores. Ao contrário do que supunha, este serviço, não costuma receber pessoas que sofreram TCE, tendo sido esta uma limitação para a aplicação do meu projeto. Para colmatar esta limitação, procedi ao desenvolvimento das intervenções de reabilitação, que tinha preconizado previamente e que são transversais à pessoa com lesão cerebral adquirida.

O estágio desenvolveu-se nos turnos da manhã e tarde, tendo ao longo dos mesmos conhecido os elementos da equipa de enfermagem. Conheci os departamentos de Atividades de Vida Diária (AVD) e Estudo da Marcha. Participei nas reuniões de avaliação e de objetivos realizadas mensalmente pela equipa multidisciplinar, onde cada elemento da equipa (enfermeiro, fisioterapeuta, médico, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e psicóloga) responsáveis pelo utente em questão faziam a avaliação da MIF<sup>15</sup> conjuntamente e delineavam os seus objetivos individuais de intervenção. Foram reuniões que se tornaram momentos de aprendizagem relevantes, onde compreendi o âmbito de intervenção de cada área profissional.

O método de organização e gestão de cuidados é o de enfermeiro responsável, onde cada enfermeiro tem utentes atribuídos, sendo responsáveis pelo seu plano de cuidados<sup>16</sup> e do plano de reabilitação. No entanto a distribuição de doentes por turno não engloba muitas vezes os utentes pelo qual o enfermeiro é responsável, visto estarem dispersos por vários quartos. Este facto exige um maior esforço e articulação

---

<sup>15</sup> Oferece uma visão multidimensional da saúde, expressa por determinantes biológicos, psicológicos, sociais e contextuais, definindo e medindo a saúde e o estado funcional dos indivíduos (Fontes, 2014).

<sup>16</sup> No método de enfermeiro responsável cabe a este planear os cuidados desde a admissão até à alta (Duarte, 2014, Frederico & Leitão, 1999).

entre profissionais para garantir a continuidade de cuidados e assim dar resposta a necessidades de reabilitação dos utentes.

O campo de estágio na comunidade foi realizado numa ECCI, enquadrada numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC). Esta instituição é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo. É dotada de autonomia organizativa e técnica, sendo integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) regional. Estas equipas têm como objetivos assegurar os cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, sendo as visitas programadas com base nas necessidades detetadas; cuidados de reabilitação; apoio psicossocial e ocupacional com o envolvimento dos familiares e outros prestadores de cuidados; apoio na satisfação das necessidades básicas e no desempenho das atividades da vida diária (ECCI Consigo-Alcântara, 2017).

Os utentes são admitidos na ECCI após serem referenciados para a RNCC. Esta pode ter início no internamento hospitalar ou numa das unidades de cuidados de saúde primários da área. A referenciação é posteriormente avaliada pela Equipa Coordenadora Local (ECL), sendo esta equipa que em representação da Administração Regional de Saúde (ARS) da região, admite ou não os utentes na ECCI.

Os utentes que ingressam na ECCI são na sua maioria idosos, portadores de uma variedade de patologias sendo as mais comuns o AVC, Esclerose Multipla e Lateral Amiotrófica, patologia respiratória e status pós cirurgia ortopédica.

Na ECCI conheci e integrei a equipa multidisciplinar e realizei periodicamente visitas domiciliárias conjuntas com assistente social e médica. São realizadas reuniões mensais com equipa multidisciplinar, nas quais os planos de intervenção individuais são discutidos tendo em conta as necessidades da pessoa.

Em relação ao método de organização e gestão de cuidados, os utentes são distribuídos a um enfermeiro de reabilitação que funciona como responsável pela

gestão da situação de saúde da pessoa<sup>17</sup>. Cada enfermeiro tem sempre os mesmos utentes atribuídos, e é ele o responsável pela avaliação das suas necessidades de reabilitação na primeira visita domiciliária, realizando o levantamento das condições económico-habitacionais, necessidades de apoio logístico e de recursos disponíveis na comunidade, avaliação da capacidade, conhecimentos, disponibilidade física e psicológica do cuidador, definindo posteriormente o plano de intervenção e a sua periodicidade. Tudo isto permitiu um acompanhamento contínuo, dando resposta às necessidades de reabilitação de forma eficaz e centrada no utente. Permitiu igualmente estabelecer uma relação terapêutica e de confiança, facilitando a implementação das atividades do projeto de modo a atingir os objetivos propostos.

Referente ao acolhimento senti-me bem-recebido em ambos os locais de estágio pela equipa de enfermagem e multidisciplinar, o que proporcionou uma boa integração na equipa. As enfermeiras orientadoras e os colegas, sempre que solicitados, mostraram-se disponíveis para o esclarecimento de dúvidas, ou para ajudar em alguma situação específica.

Realizei a apresentação do projeto à enfermeira chefe e enfermeira orientadora de ambos os locais de estágio, tendo de todas recebido apoio através da sua participação e colaboração no planeamento das atividades.

Em relação à identificação das intervenções do EEER, fui tomando conhecimento das mesmas ao longo dos dois períodos de ensino clínico, enquanto acompanhava o enfermeiro orientador, com o qual colaborei na avaliação, planeamento, implementação de intervenções, reavaliação e registos.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências de EE: no domínio da gestão dos cuidados: C1.1. “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada da decisão”, C2.2. “adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e os indivíduos”; no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1.2. “gera respostas de elevada adaptabilidade individual ou organizacional” (OE, 2010a, p.9). No âmbito do desenvolvimento de competências do EEER estas foram: J1.2 “concebe planos de intervenção com propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao

---

<sup>17</sup> O enfermeiro é responsável por todo o processo que envolve o utente/cuidador. Reúne a informação do doente, faz a ligação com a família, articula-se e apresenta-se como gestor de caso. É responsável pela atualização mensal das avaliações do doente na plataforma informática e articula-se com outros técnicos envolvidos no processo.

autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade” (OE, 2010b, p.9).

Em relação aos PQCER<sup>18</sup>, os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foi na organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação: “na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2011, p.14).

Considerando o objetivo desenvolver uma prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, assente sobre princípios éticos, numa prática baseada na evidência e centrada na pessoa, procurei adequar o exercício da profissão de enfermagem de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro. Como enfermeiro tenho um conjunto de deveres presentes no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Segundo o (artigo 100º, alínea c) o Enfermeiro assume o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética, ou o bem comum (...)”. Este dever deontológico já estava presente na Declaração Universal dos Direitos do Homem, elaborado em 1948 pelas Nações Unidas na qual é referido que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo. Este respeito à pessoa humana e à sua dignidade deve-se refletir no comportamento individual de cada enfermeiro. Assim, a nossa conduta deve-se reger por regras éticas orientadoras da nossa ação.

No decorrer do estágio, orientei a minha conduta através dos princípios do REPE, de modo a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científico e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (artigo 97º, nº1 alínea a).

Na relação com os utentes/família estabeleci relações de parceria, tendo em conta os meus deveres de sigilo profissional e respeito pela individualidade, crenças, valores, sem a construção de juízos de valor. O respeito pelas características do

---

<sup>18</sup> Instrumento para a promoção, reflexão e melhoria contínua dos cuidados de ER, que contém oito enunciados descritivos de qualidade profissional dos enfermeiros: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem.

núcleo familiar, das condições económicas e culturais, e do *habitus* do utente, permitiram a realização de planos de intervenção centrados na pessoa.

Segundo Deodato (2017), o agir do EEER assume as especificidades face às pessoas que assiste, mas a ética que orienta este agir não se afasta da ética de qualquer enfermeiro. Os princípios, valores e deveres deontológicos são universais e devem ter em conta a dignidade da pessoa humana e a liberdade responsável, a verdade e a justiça, promovendo a qualidade de vida da pessoa.

Na ECCI deparei-me com um caso de uma senhora com 92 anos, parcialmente autónoma nas suas AVD, que apresentava um diagnóstico de neoplasia do esófago em fase terminal, com disfagia a líquidos e incapacidade para se alimentar de alimentos sólidos. A senhora não tinha conhecimento do diagnóstico apesar de saber que tinha um problema de saúde que dificultava a deglutição, e a filha (cuidadora) não queria que a mãe tivesse conhecimento do diagnóstico de neoplasia face à sua idade e medo de como reagisse psicologicamente. Este dilema quanto à transmissão da informação levantou uma questão ética sobre o direito à informação e verdade ao próprio. Uma má notícia pode ser prejudicial à pessoa. O EEER deve ter em conta a transmissão adequada da informação, o que pode não significar a sua totalidade de uma vez só, devendo ter em conta a verdade e a justiça. O mesmo autor refere que a justiça significa dar a cada um o que é devido, ligando-se à verdade para orientar o enfermeiro na decisão adequada de transmitir a informação sem colocar em causa o seu conteúdo. A utente nunca perguntou diretamente o que tinha e a gravidade do seu estado de saúde. A informação foi dada consoante as suas dúvidas face ao controlo de sintomatologia e como a podíamos a ajudar lidar com a incapacidade provocada pela disfagia e dor. A gestão de informação foi baseada no desejo da pessoa em si. A senhora acabou por falecer, mas durante o tempo em que prestei apoio, foi construída uma relação caracterizada pela confiança mútua com a pessoa/cuidador e que permitiu a meu ver, um acréscimo de qualidade de vida e dignidade à utente enquanto pessoa.

Em relação aos planos de intervenção, devem ter por base conhecimentos baseados na evidência científica e literatura de relevância, sendo estes refletidos no planeamento e na tomada de decisão nos cuidados de enfermagem. A evidência provém da investigação, da experiência clínica, dos pacientes e cuidadores e do contexto local e ambiente (Rycroft-Malone, Seers, Tichen, Harvey & McCormach,

2004). O acesso à evidência foi realizado através de pesquisa na EBSCO, nomeadamente nas bases de dados Cinahl e Medline. Na pesquisa elaborada para a realização do projeto, posso destacar como exemplo os artigos: *“Cultural health capital and the interactional Dynamics of patient-centered care”* e *“Effectiveness of sensory stimulation to improve arousal and alertness of people in a coma or persistente vegetative state after traumatic brain injury: a systematic review”*. Devo salientar a importância dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares que precederam o estágio, assim como os saberes que foram partilhados em contexto de ensino clínico pelos enfermeiros orientadores e em contexto de orientações tutoriais.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências de EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A.1. “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, A.2. “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010a, p.5), e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D2.2 “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (OE, 2010a, p.10).

Em relação aos PQCER os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foi a promoção da inclusão social: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolve processos de promoção da inclusão social das pessoas com deficiência” (OE, 2011, p.13).

Para o desenvolvimento do objetivo conceber planos de intervenção no domínio da enfermagem de reabilitação, foi necessário perceber a importância do processo de enfermagem, como base dos cuidados de enfermagem e como se constitui um instrumento fundamental para a prática, na prestação de cuidados individualizados à pessoa e família/cuidadores. O processo de enfermagem é definido como “uma série de etapas e ações planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas” (Bolander, 1998, p.140). Este permite aplicar, baseado em fontes de evidência e através desta transposição do método científico, o meu plano de intervenção e as atividades no âmbito da ER. É constituído por cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação. É um processo cíclico de resolução de problemas, suscetível de ser adaptado às diversas situações.



Neste relatório encontra-se em apêndice um plano de intervenção no âmbito do estágio no CMR, a uma senhora de 46 anos que sofreu hematoma frontotemporal esquerdo (Apêndice II) e outro no contexto de ECCL, com um senhor de 68 anos que teve em 2006 uma hemorragia subaracnoídea espontânea, com complicações posteriores de hidrocefalia e AVC isquémico no hemisfério direito. (Apêndice III).

Em ambos estão patentes as etapas do processo de enfermagem como base, estando adaptado a um plano de intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Realizei a avaliação inicial em ambos através da recolha de dados provenientes do processo clínico, entrevista à família e à pessoa, tendo em conta as suas limitações físicas e cognitivas, e atendendo à sua história autobiográfica e processo de saúde/doença. Posteriormente procedi à avaliação física, neurológica e psicossocial usando instrumentos de avaliação<sup>19</sup> cientificamente reconhecidos. Associada a esta avaliação, consultei artigos com evidência científica e literatura de referência na área de reabilitação como por exemplo o livro *“Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen”* e o artigo *“Multisensory stimulation in stroke rehabilitation”*.

Seguidamente realizei planos de cuidados individualizados através da interpretação dos dados obtidos, identificando os problemas reais e/ou potenciais. Esta problematização foi realizada usando o modelo de Nancy Rooper<sup>20</sup>. Efetuei depois o planeamento das minhas atividades, estabelecendo objetivos baseados nas necessidades de reabilitação identificadas.

A execução das atividades de reabilitação foram por mim calendarizadas e supervisionadas pela enfermeira orientadora, estando descritas no plano de cuidados, tendo em conta a colaboração do utente/família, bem como o seu envolvimento e colaboração na elaboração das mesmas, permitindo sentirem-se como peças nucleares e participativas no seu processo de reabilitação. De salientar ainda a avaliação dos recursos materiais a nível de ajudas técnicas disponíveis na instituição e comunidade, adequando-as ao conhecimento da sua realidade habitacional e interação familiar.

Após a execução das atividades, procedi à avaliação dos resultados, ao seu registo e comparei com os resultados esperados, de modo a identificar quais resultados não

---

<sup>19</sup> Serão abordadas no desenvolver da descrição e análise das atividades

<sup>20</sup> A filosofia de cuidados que sustenta o projeto é a Teoria de Conforto de Kolcaba conforme fundamentado no relatório, mas por uma questão de melhor demonstrar as atividades desenvolvidas no plano de cuidados usei o modelo de Nancy Rooper.

obtidos e assim realizar a reavaliação e adoção de medidas corretivas no plano de reabilitação. A mensuração dos resultados foi efetuada através da aplicação de instrumentos de avaliação, para além de ter em conta os sentimentos e perspetivas da pessoa no decorrer deste processo.

Os registos tornam-se essenciais uma vez que demonstram a evolução da pessoa e permitem haver uma continuidade das intervenções. No CMR eram realizados em linguagem CIPE, em processo de papel tendo por base a realização de plano de cuidados segundo o modelo Nancy Rooper, sendo igualmente feita a classificação de doentes<sup>21</sup>. Na ECCI realizavam-se na plataforma informática da RNCC, e no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências de EE no domínio da melhoria da qualidade: B2.” concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua na qualidade”; no domínio da gestão dos cuidados: C1.1. “optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2010a, p.8).

Em relação aos PQCER, os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foi a organização dos cuidados de ER: “na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2011, p.14).

Como ponto de partida do objetivo desenvolver competências e intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação de modo a maximizar as capacidades funcionais da pessoa, deve-se ter em conta a definição de saúde. Esta definição é subjetiva, uma vez que o projeto de vida de uma pessoa é delineado mediante a sua visão de saúde. A WHO define saúde como estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade. Deve-se ter em conta que mediante uma situação de doença, pode existir uma limitação do potencial máximo da pessoa, e assim existir a necessidade de promover a sua adaptação a uma nova condição devido ao seu processo de doença.

---

<sup>21</sup> Sistema de informação que permite a gestão dos recursos humanos, otimizando os recursos de enfermagem disponíveis usando instrumentos de medida das horas de trabalho de enfermagem necessárias em cada unidade de internamento (Veiga, Campos & Simões 2000).

É neste contexto que é necessário salientar a importância da atuação da ER. O EEER possui um conjunto de qualificações que o habilita a prestar cuidados de forma autónoma e em parceria durante o ciclo vital da pessoa.

A potencialização das capacidades funcionais alteradas devido à sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição na participação definitiva ou temporária, são realizadas através da conceção de planos de intervenção especializados em constante avaliação.

Na descrição das atividades desenvolvidas em contexto de ensino clínico, neste objetivo, concentro mais a nível da RFR e RFM, enquanto as atividades de intervenção ao utente com necessidades de reabilitação cognitiva e ESR serão abordadas nos outros objetivos a desenvolver.

A avaliação deve ser parte integrante e constante no desenvolvimento e planeamento do plano de intervenção de reabilitação por parte do EEER. Tate (2010), refere que o uso de instrumentos de avaliação padronizados baseados em evidência científica fornecem um meio sistemático e muitas vezes objetivo de avaliar o nível de funcionamento. Pode ter várias aplicações desde o uso na prática clínica, da identificação de áreas de necessidade, da verificação do contributo de determinados fatores intervenientes, bem como auxiliar no planeamento do tratamento e na tomada de decisão. Baseado nesta evidência, saliento a importância do uso de instrumentos de avaliação por parte do EEER na sua prática. Este é o primeiro passo da sua intervenção.

Neste sentido tive oportunidade de utilizar diversas escalas em ambos os contextos clínicos. Saliento o uso da ECG, Escala de Lower, Escala de Ashworth Modificada. No contexto da funcionalidade, no CMR a escala utilizada era a MIF, enquanto no ECCI a avaliação era efetuada usando o Índice de Barthel. Em ambos os locais de estágio, no contexto físico, a avaliação da integridade cutânea é efetuada através da escala de Braden e a avaliação do risco de quedas através da escala de Morse. Na ECCI era realizado igualmente uma avaliação biopsicossocial denominada Instrumento de Avaliação Integrada (IAI)<sup>22</sup>, à entrada e mensalmente na plataforma informática. Outros instrumentos foram por mim aplicados em contexto de estágio,

---

<sup>22</sup> Instrumento de avaliação integrada no aplicativo informático *Gestcare* da RNCC. Abrange um conjunto de informações biopsicossociais, delineadas com base em ferramentas internacionais validadas.

que serviram para complementar a avaliação de uma perspetiva global para um melhor planeamento das minhas intervenções de reabilitação. Saliento a Escala de Zarit (Anexo I), no contexto de sobrecarga do cuidador à pessoa com dependência. Este caso está exemplificado no plano de intervenção em ECCI, no qual o cuidador referia sobrecarga física e emocional. O uso desta ferramenta permitiu aferir esta situação, sendo que este utente foi posteriormente referenciado para uma Unidade de Longa Duração e Manutenção, para assim permitir o descanso do cuidador. Foi aplicada a Escala de Gijon (Anexo II) como instrumento de avaliação da situação sócio familiar. Outros instrumentos serão desenvolvidos neste documento, nomeadamente a LCFS, o MMSE e a Escala de Guss.

Procedi sempre à avaliação da dor, antes e durante a aplicação dos planos de reabilitação. Para tal, usei a Escala Verbal Numérica e a Escala de Faces se o utente tivesse dificuldade na comunicação verbal. Quando os utentes tinham dificuldades na compreensão, tentava perceber a sua linguagem não verbal, como por exemplo as expressões faciais e a postura corporal

No seguimento desta temática, destaco a avaliação neurológica como uma necessidade essencial em todo o processo de planeamento. A correta avaliação neurológica, através da avaliação do estado mental, avaliação dos pares cranianos (Apêndice IV), motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha permitem aferir alterações ou potenciais alterações necessárias a ter em conta para o sucesso da reabilitação e que desenvolvi na avaliação inicial em cada plano de intervenção.

Tive oportunidade, na área sensitivo motora, de realizar diversas intervenções sob a supervisão e orientação dos meus orientadores.

No contexto do CMR, a patologia mais comum era o AVC. Na pessoa que sofreu AVC, deve-se manter o posicionamento em padrão antiespástico durante 24 horas para que a reabilitação tenha sucesso (Johnstone, 1979), sendo o primeiro passo para a recuperação da pessoa. Neste âmbito realizei posicionamentos em padrão antiespástico em decúbito dorsal, em decúbito lateral para o lado mais afetado e decúbito lateral para o lado menos afetado, tendo em conta que o decúbito dorsal é o que mais favorece a espasticidade (Menoita, 2012; Johnstone, 1987), pelo que é recomendado por curtos períodos. Nos períodos de descanso, uma das situações que me deparei frequentemente era o pedido por parte dos utentes para ficar em decúbito dorsal. Nesta situação assumi uma posição de sensibilização das desvantagens deste

decúbito e quais as vantagens de permanecer em decúbito lateral e da sua alternância. Gradualmente orientei os utentes com melhoria da sua capacidade funcional para realizar as alternâncias de decúbito sem ajuda. Realizei igualmente posicionamentos terapêuticos a utentes com outros diagnósticos, como por exemplo a um utente com tetraplegia resultante de esclerose múltipla, tendo em conta a importância da periodicidade, do respeito pelos princípios anatómicos e musculares, a segurança e o conforto do utente, de modo a prevenir deformidades músculo-esqueléticas, problemas circulatórios, úlceras de pressão e manter a amplitude articular.

No contexto de ECCL, a minha intervenção assentou no ensino ao cuidador e o seu envolvimento como parceiro nos cuidados. Na visita domiciliária, se o utente estivesse na cama, aferia se o posicionamento estava corretamente efetuado, se as almofadas eram apropriadas e estavam corretamente colocadas, bem como os seus conhecimentos de mecânica corporal no posicionamento.

Em ambos os campos de estágio realizei mobilizações passivas e ativas assistidas. Efetuei sempre em padrão antiespástico, do segmento proximal para o distal, incentivando a pessoa a observar o movimento realizado de modo a reintegrar o membro mais afetado no seu esquema corporal. As mobilizações foram efetuadas bilateralmente, uma vez que o lado do corpo que aparentemente está são também é innervado por uma percentagem reduzida de fibras que sofreram lesão. Wu et al (2010) referem num estudo em que pacientes que receberam treino intensivo simultâneo bilateral e simétrico a nível dos membros superiores por um período de três semanas, cinco dias por semana, revelaram melhoria da função motora e alterações do padrão cerebral a nível das imagens da ressonância magnética, com aumento da atividade bihemisférica especialmente no hemisfério ipsilesional durante o movimento de mão afetada e no hemisfério contralesional durante movimento de mão menos afetada. Nesse mesmo estudo, durante o movimento bilateral de flexão e extensão do cotovelo, três dos quatro pacientes, apresentaram aumento da ativação bilateral no cerebelo. Perante a comparação com pacientes sujeitos à restrição de movimento das extremidades superiores não afetadas e combinadas com o treino intensivo das extremidades superiores afetadas, revelaram diminuição da ativação cerebral em comparação. Podemos deste modo correlacionar a importância das automobilizações, e como pode influenciar a plasticidade cerebral, permitindo o tomar de consciência da

mão afetada como parte integrante do seu corpo e contrariar o padrão antiespástico (Menoita, 2012).

Durante o estágio observei ganhos de força muscular a nível dos segmentos corporais e melhoria da função motora, o que permitiu otimizar planos de mobilizações passivas, para ativas resistidas.

Na ECCI tive a oportunidade de realizar intervenções através de mobilizações ativas resistidas, usando garrafas de plástico cheias de água como peso, porque em muitos casos os recursos financeiros das famílias são poucos. Aprendi que podemos desenvolver estratégias mantendo a eficácia e rigor da intervenção, mas que minimizam os gastos financeiros dos utentes e, assim, através da criatividade podemos substituir ajudas técnicas onerosas. Correlacionando com o que afirma Hesbeen, “aqui reside o seu verdadeiro profissionalismo que, à semelhança dos artistas, se desenvolve e se aperfeiçoa muito para além dos saberes iniciais” (Hesbeen, 2001, p.36).

As atividades terapêuticas implementadas ao longo do ensino clínico foram as automobilizações, a ponte, o rolar para o lado mais afetado e menos afetado e a facilitação cruzada. Devem ser iniciadas logo que o utente seja capaz de colaborar e que a sua situação clínica o permita.

A ponte é um exercício essencial que tem como objetivos a preparação para a posição sentada e bípede, o aumento da força, do tônus muscular e da sensibilidade, evitando a instalação de espasticidade no membro inferior mais afetado, promovendo ainda a correção postural.

As atividades terapêuticas têm igualmente um papel importante no treino das AVD e a capacitação de uma maior independência. Permite vestir e despir a roupa, colocar a fralda ou arrastadeira, ajudar na troca da roupa da cama e a posicionar através do rolar, estimulando ambos os lados principalmente o mais lesado. Permite igualmente a promoção do conforto através do alívio de zonas de pressão, e por consequência, a manutenção da integridade cutânea.

Tive oportunidade de realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé, aproveitando o momento da transferência para a cadeira de rodas. No CMR tinha um espelho no serviço, que permitiu fazer correção postural, promovendo a integração corporal da pessoa.

A transferência do leito para cadeira de rodas e da cadeira de rodas para a sanita foram atividades desenvolvidas em estágio. Na técnica do levante auxiliava a pessoa mediante o seu grau de dependência, sendo a sua preparação condicionada pelo estado da pessoa e tipo de lesão. No caso de AVC a pessoa sai da cama do lado hemiplégico e entra pelo lado menos afetado (Menoita, 2012; Johnstone, 1979). O ensino da técnica é essencial, pois uma correta execução permite diminuir o risco de queda e proporciona mais autonomia à pessoa. Executei também transferências com recurso a ajudas técnicas usando a tábua de transferência e elevador hidráulico.

A escolha da cadeira de rodas deve ser adequada ao utente. Tive atenção ao tamanho da pessoa, ajustando a posição dos membros inferiores e superiores, de modo ficarem em flexão a 90º quando sentados, mantendo assim a amplitude articular. O membro mais afetado deve estar em contato com o chão em ângulo de 90º quando não está em deslocação, de modo a inibir a espasticidade, aumentar a força muscular e estimular a sensibilidade proprioceptiva. A necessidade de a cadeira estar travada nas transferências, o chão não estar molhado e o uso de calçado adequado (nunca procedendo a uma transferência de meias) eram ensinamentos que fazia a todos os utentes e que na minha prática profissional tenho sempre o cuidado de incluir. No CMR todos os utentes tinham uma superfície de trabalho transparente que permite visualizar o hemitorço mais lesado e manter o membro superior em padrão antiespástico.

No contexto de ECCI, efetuei treino de levante a um utente com Doença de Parkinson que era parcialmente dependente na transferência. Ao instituir um programa que incluiu mobilizações ativas a nível dos membros inferiores em todos os seus segmentos, atividades terapêuticas onde se incluía a ponte e rolar para se poder sentar à beira da cama, treino de sentar e levantar através de uma corda fixada num armário de frente à cama, em séries de 10 repetições com ajuda, constatou-se, na avaliação após 2 semanas, que o utente conseguiu adquirir a posição ortostática com independência.

A marcha requer que o equilíbrio esteja preservado e que seja mudado e restabelecido em cada movimento. Assim, a preservação do equilíbrio “requer a integração automática de atividades dos diversos músculos que coordenam o movimento, não apenas das articulações dos membros, mas também do tronco e pescoço a cada passo” (Kottke 1994, p.450). Esta atividade conduz para uma prática

repetitiva de exercícios já referidos no caso mencionado, proporcionando o desenvolvimento da propriocepção, e assim a formação do engrama motor<sup>23</sup>.

No estágio de ECCL introduzi ajudas técnicas como o andarilho e fiz ensino da sua utilização. Realizei treinos de equilíbrio através da realização de circuitos com contorno de pinos e obstáculos usando passada larga. Introduzi exercícios de coordenação com bola, passando a bola de uma mão para a outra, rodando à volta da cintura, e lançando a bola para a pessoa apanhar.

A AVD trabalhar e distrair-se é essencial para a reintegração social, sendo esta um dos objetivos do EEER. Planifiquei, conjuntamente com uma utente que tinha sido submetida a uma cirurgia a um tumor cerebral, um objetivo pessoal dela, que era poder sair à rua. Após a implementação do plano de reabilitação durante duas semanas e o treino de exercícios onde se incluía o treino de equilíbrio, força muscular dos membros inferiores e gestão de esforço, planeei a saída à rua e acompanhei a utente até à pastelaria onde esta costumava ir tomar café. O retomar de uma rotina da vida diária pode ser muitas vezes o objetivo principal da pessoa no seu processo de reabilitação.

A capacidade de intervenção do EEER para manter um ambiente seguro, através da gestão de riscos é fundamental, uma vez que a queda é uma das principais causas da imobilidade nos idosos, sendo essencial prevenir a sua ocorrência. Na visita domiciliária, avaliava sempre as condições habitacionais, nomeadamente a presença de tapetes, o uso de calçado adequado, a facilidade de acesso à cama e se no percurso era necessário retirar obstáculos passíveis de formar barreiras arquitetónicas. Realizei a orientação para adoção de ajudas técnicas, nomeadamente alteadores de sanita, barras de apoio no sanitário, cadeira giratória adaptada à banheira ou cadeira higiénica para o uso em polibã.

No CMR tive a oportunidade de realizar visita de observação de quatro dias no Departamento de AVD. Ai tive conhecimento da existência de ajudas técnicas específicas para equipamentos de higiene (barras de apoio, alteadores, cadeiras higiénicas, bancos de apoio), vestir e despir (pinças e ganchos para vestir calças e

---

<sup>23</sup> Os movimentos coordenados e rápidos estão inscritos nas áreas motoras do lobo frontal cerebral, sendo denominado engrama motor, sendo esta a origem da ação dos grupos musculares para a realização de uma determinada atividade, através da sua ativação nas áreas motora e sensorial. Kottke (1994), refere que a repetição de determinado movimento, várias vezes, leva à formação de um engrama de coordenação no SNC.



meias). Observei e realizei treino das AVD, como por exemplo o vestir e despir de peças de vestuário, o abotoar, o calçar, a transferência para a cama/cadeira de rodas com e sem tábua de transferência, da cadeira de rodas para a sanita/banheira, maquilhar, pentear e barbear. O treino de AVD é fundamental para a promoção do autocuidado, da auto estima, ajudando no que a pessoa não consegue fazer, promovendo uma maior autonomia (Menoita, 2012). O departamento promove o envolvimento da família, atendendo à sua importância como cuidador. É tido em conta a real situação habitacional, como o fornecimento de fotografias e das medidas da habitação, sanita ou banheiro. Este estágio foi essencial no desenvolvimento de competências como EEER no treino de AVD ao utente.

Implementei intervenções com o objetivo de otimizar e/ou reeducar a função da alimentação. A disfagia afeta entre 25-61% dos doentes com TCE (Oliveira et al, 2012), sendo que a maioria obtém melhoras significativas até seis meses pós TCE, acompanhando o padrão de recuperação motora. Os mesmos autores citando Mackay, Morgan & Bernstein (1999) referem que as necessidades nutricionais de um doente com TCE, podem ser 140% superiores ao de um indivíduo saudável, dado que o TCE desencadeia um estado hipermetabólico, com consequente aumento das necessidades nutricionais.

O planeamento do suporte calórico é uma atividade que deve ter em conta a alimentação e a utilização de suplementos hipercalóricos, assim como a avaliação do seu estado nutricional através do Índice de Massa Corporal<sup>24</sup> e medição do perímetro abdominal. Campos & Machado (2012), referem que para facilitar o cálculo das necessidades calóricas pode-se utilizar a fórmula de 25 a 30Kcal/Kg do peso desejável/dia segundo as recomendações europeias. Atualmente, as diretrizes recomendam oferta de 1,5 a 2,0g de proteínas/Kg de peso/dia para casos de TCE agudo.

A avaliação neurológica é o primeiro passo para avaliar a deglutição através da avaliação dos pares cranianos<sup>25</sup>, sendo também relevante o uso de instrumentos de

---

<sup>24</sup> O Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet é o processo mais utilizado para avaliar o excesso de peso/obesidade. O IMC calcula-se a partir da seguinte fórmula:  $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura (m)}$ . Considera-se excesso de peso o aumento do peso corporal do indivíduo acima do seu peso normal em 10-20%, que corresponde a um IMC entre 25-30 Kg/m<sup>2</sup>. Considera-se obesidade o aumento do peso corporal do indivíduo superior a 20% do seu peso normal, que equivale a um IMC = 30 Kg/m<sup>2</sup>.

<sup>25</sup> Alteração dos pares cranianos (V; VII; IX; X; XI; e XII).

avaliação, como a escala de Guss (Anexo III), que utilizei, de modo a planear e promover uma deglutição segura.

Para promover uma deglutição segura num utente do CMR, que tinha prescrita uma dieta pastosa, verificava sempre à hora da refeição se a dieta era adequada e com textura homogénea. No período da refeição procedia à correção postural do utente, verificava se o prato estava acessível e se com ele mantinha contato visual uma vez que tal é um elemento facilitador da alimentação oral. Também providenciava o uso de talheres pequenos e adaptados, pois o tamanho do talher ajuda a controlar a quantidade de alimento colocado na boca. Tinha atenção igualmente à ingestão de líquidos usando espessante na quantidade e textura adequada<sup>26</sup> ou água gelificada. Usei o espelho na alimentação, de modo a que o utente pudesse integrar o movimento no seu esquema corporal, fazer correção postural da cabeça e pescoço, e identificar perdas de alimento pela comissura labial.

Ensinei exercícios que compreendiam a mímica facial, utilizando o espelho como estimulação visual, associando a estimulação tátil da cavidade oral interna no lado mais afetado usando a escova de dentes aquando da higiene oral, massagem externa do local afetado e uso de expressões faciais como treino e reeducação da musculatura facial, com vista ao restauro da motricidade da face, lábios e língua. Foi-lhe ensinado a executar, duas vezes por dia, no máximo de quinze minutos em cada sessão. Estes exercícios estimulam os recetores proprioceptivos e sensoriais, uma vez que melhoram a circulação na zona lesada e consequentemente elevam o metabolismo celular, estimulando o trofismo muscular (Menoita et al, 2012; Cardoso et al, 2011).

No CMR tive oportunidade de participar no ensino dos cuidados ao coto em doentes amputados do membro inferior, que consistia na higienização do coto, observação das características da pele, hidratação do coto antes de dormir com creme hidratante e observação do membro inferior remanescente. Procedi também ao ensino da aplicação e adaptação do *Liner*.<sup>27</sup> e da prótese. Apliquei ligadura no coto no tratamento do edema.

---

<sup>26</sup> Textura néctar, mel ou pudim.

<sup>27</sup> O *Liner* é uma cobertura parecida com uma meia para o membro residual e atua como uma "segunda pele" entre o tecido macio móvel do membro residual e a cobertura dura do encaixe.

Relativamente à área da reeducação funcional respiratória, executei diversas intervenções sob a supervisão e orientação dos meus orientadores.

A RFR constitui segundo Heitor, Canteiro, Ferreira, Olanzabal & Maia (1988) uma terapêutica baseada no movimento, que atua nos fenómenos mecânicos de ventilação, de forma externa com o intuito de melhorar a ventilação alveolar com menor dispêndio de energia, usando vários exercícios respiratórios através de técnicas manuais, posturais e cinéticas, usadas individualmente ou associadas, com o objetivo de mobilizar e eliminar as secreções brônquicas, melhorar a ventilação pulmonar, promover a expansão pulmonar, melhorar a oxigenação e trocas gasosas, diminuir o trabalho respiratório, diminuir o consumo de oxigénio, aumentar a mobilidade torácica, aumentar a força muscular respiratória, aumentar a endurance, reeducar a musculatura respiratória, promover a independência respiratória funcional, prevenir complicações e acelerar a recuperação da pessoa (Cordeiro e Menoita, 2012; Costa, 1999; Azeredo, 1993).

O papel do EEER é fundamental na identificação das necessidades da pessoa, da avaliação do limite e da sua capacidade de esforço, do grau de dependência e ajuda prestada na execução de um programa de RFR individualizado, promovendo o envolvimento da família/cuidador no seu programa de reabilitação para a prevenção de complicações respiratórias (OE, 2009).

No contexto de estágio realizei a avaliação respiratória objetiva através da inspeção estática, observando as características anatómicas do tórax, características cutâneas e de coloração, como sinais de cianose; a inspeção dinâmica, avaliando a frequência respiratória, o seu padrão e amplitude, bem como o uso dos músculos acessórios e sua simetria; a palpação da traqueia, para verificar se esta se encontra na linha média e sem desvios, bem como alterações da expansibilidade bilateral do tórax; a percussão em todo tórax. Efetuei a auscultação pulmonar no âmbito destas antes e após a realização das técnicas de RFR. Na avaliação subjetiva realizei entrevista relativamente à história de doença atual e pregressa, antecedentes pessoais, familiares e sociais. Avaliei a existência de tosse, expectoração, dispneia e dor torácica.

Não tive oportunidade de consultar exames imagiológicos por contingências dos serviços. No CMR não tive experiência com utentes com alterações do padrão respiratório, ou patologia respiratória crónica associada. Procurei suplantar esta limitação consultando no meu local de trabalho, sob supervisão de enfermeiro

especialista do serviço ou médico, de RX tórax de utentes internados, complementado com a consulta de bibliografia específica.

Em contexto de ECCL, a população é predominantemente idosa, com alterações da mobilidade. Em todos os utentes, conjuntamente com os exercícios de RFM, associava exercícios de RFR como a consciencialização e controlo da respiração, dissociação de tempos respiratórios, e reeducação costal global com bastão ou com automobilizações, abertura costal seletiva e correção postural.

Realizei técnicas de RFR a um utente com esclerose múltipla, executando técnicas de relaxamento e posicionamento em posição de descanso, reeducação abdominal diafragmática com e sem resistência, reeducação costal global e seletiva, manobras de limpeza de via aérea, de modo a assegurar a permeabilidade da mesma, através do ensino de tosse assistida, drenagem postural modificada, manobras acessórias incluindo-se a percussão, compressão e vibração, e o Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR). Usei a terapêutica de posição associada a abertura costal seletiva. De acrescentar que não possuíamos espirómetro de incentivo, substituindo por uma garrafa de água e uma palhinha, promovendo a expansão pulmonar e fortalecimento da musculatura respiratória.

A reeducação em esforço é um aspeto muito relevante em contexto de ECCL, face às características da população. Apresentam muitas vezes sintomas incapacitantes, como a fadiga e a dispneia, condicionando a capacidade física da pessoa, dando início a um ciclo vicioso de desadequação progressiva ao exercício e, conseqüentemente, ao aumento de inatividade e intolerância ao exercício, com repercussões psicológicas, sociais e profissionais (Cordeiro & Menoita, 2012; Pamplona & Moraes, 2007).

Neste sentido, implementei exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, usando halteres ou na sua inexistência garrafas de água. Para o fortalecimento muscular dos membros inferiores recorri ao uso de pedaleira, treino de marcha e de subir e descer escadas. O treino dos membros inferiores contribui para a melhoria da capacidade de locomoção dos utentes, diminuindo a dispneia e fadiga ao exercício. Num doente em ECCL com Doença de Parkinson, verifiquei que no início do programa não conseguia percorrer um corredor de dez metros no domicílio com auxílio do andarilho. Ao fim de três semanas percorria esse corredor duas vezes seguidas num total de quarenta metros. Durante a realização dos exercícios instruí os utentes a expirar na fase de esforço e inspirar na fase de repouso, de forma a reduzir

a fadiga, e a corrigir a postura corporal. Se usassem andarilho ensinava a descansar, usando este como estrutura de suporte. O treino de exercício foi implementando de acordo com a tolerância dos utentes, e, de um modo geral, foi possível aumentar progressivamente a complexidade dos exercícios instituídos.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências de EE, no domínio da melhoria da qualidade: B3.2. “gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais” (OE, 2010a, p.7). No âmbito do desenvolvimento de competências do EEER estas foram no domínio: J1. “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática”, J2: “capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania”, J3: “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, em todos os seus domínios” (OE, 2010b, p.3-4).

Em relação aos PQCER os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foram a promoção da saúde: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”; a prevenção de complicações: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação previne complicações para a saúde dos clientes”; o bem-estar e o autocuidado: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”; a readaptação funcional: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde”; a reeducação funcional: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração social” (OE, 2011, p.8-13).

Considerando o objetivo compreender de que forma o EEER favorece o processo de reabilitação da pessoa com TCE com alteração cognitiva, é necessário ter em conta que o treino da função motora conduz a uma melhor recuperação das funções neuro motoras e promoção da plasticidade cerebral. Os esforços feitos no desenvolvimento

de estratégias para combater déficits de habilidades executivas têm potencial para melhorar os resultados funcionais (Spitz & Ponsford, 2012). Assim, uma correta aferição através da avaliação é essencial para planejar as intervenções, pois as alterações cognitivas como a memória, a atenção e o estado de consciência devem ser foco primordial dos objetivos e esforços na reabilitação (Spitz & Ponsford, 2012). O mesmo autor refere que no TCE existe uma variabilidade no modo como estas afetam os indivíduos entre si, daí a necessidade do EEER ter em conta a necessidade de delineação de um plano individualizado a cada pessoa.

Neste âmbito desenvolvi processos de avaliação usando a MMSE (Anexo IV). A sua aplicação identifica alterações no campo da orientação, memória, atenção e cálculo, capacidades executivas/visuo-construtivas<sup>28</sup> e linguagem (Tate, 2010). Usei a Escala de Níveis de Funcionamento Cognitivo Rancho Los Amigos (Anexo V). que através da observação clínica, permite classificar o nível de funcionamento cognitivo em termos globais através de oito categorias<sup>29</sup> acompanhadas de descrição detalhada do seu comportamento, tendo sido desenhado para pessoas que sofreram TCE (Tate, 2010). Estes instrumentos de avaliação foram aplicados na avaliação inicial do utente Sr. L.S. (Apêndice III).

Outra área de intervenção do EEER é a comunicação, pois “as intervenções de enfermagem são concebidas para oferecer ao doente um ambiente de apoio terapêutico para facilitar a comunicação e ensinar o doente e a família” (Boss & Wilkerson, 2011, p.541).

A Sra. V.C., é uma utente sobre a qual fiz um plano de reabilitação (Apêndice II) no âmbito do estágio do CMR, que sofreu um volumoso hematoma frontotemporal esquerdo, com necessidade de intervenção cirúrgica para a drenagem do hematoma. Efetuei-lhe a avaliação da linguagem tendo em conta o discurso espontâneo, a compreensão, a nomeação e a repetição estando o processo descrito na avaliação inicial do seu plano de intervenção. Concluí que a nível da linguagem apresentava um discurso não fluente, com a compreensão, nomeação e repetição perturbada. Foi assim possível inferir que a utente apresentava uma afasia global, sendo esta

---

<sup>28</sup> Usei o desenho de um relógio e teste de barragem para verificar a existência de neglet.

<sup>29</sup> Nível Cognitivo 1 - Não responsivo; Nível Cognitivo 2 - Resposta generalizada; Nível Cognitivo 3 - Resposta localizada; Nível Cognitivo 4 - Confuso e agitado; - Nível Cognitivo 5 – Confuso, inapropriado e não-agitado; Nível Cognitivo 6 - Confuso e apropriado; Nível Cognitivo 7 - Automático e apropriado; Nível Cognitivo 8 - Intencional e apropriado.

confirmada, aquando da avaliação formal da terapeuta da fala, que lhe atribuiu uma classificação de afasia global nível 1 após avaliação formal. Apesar desta avaliação, consegui estabelecer uma comunicação eficaz, recorrendo à minha experiência profissional, na qual presto cuidados a pessoas com alteração da linguagem, desenvolvendo atividades que já pratico na minha atividade diária.

O uso de estratégias de comunicação é essencial, como por exemplo a promoção de um ambiente calmo, o recurso a palavras simples (sim/não, boa noite, obrigado), mímica labial, gestos como levantar o polegar e indicar, quadros de comunicação. O que pretendi através do seu uso, foi a promoção de técnicas de facilitação que permitissem uma comunicação efetiva. Esta utente tinha consigo uma tabela comunicacional desenvolvida pela terapeuta da fala, onde para além das letras e números, tinha vários desenhos sobre AVD (como vestir, tomar banho, ir ao sanitário), localização dos vários departamentos do CMR, mas o que considerei bastante interessante, foi a existência de um quadro com elementos autobiográficos dela, como músicas favoritas (“Yellow” dos Coldplay), perfume que usa e comidas preferidas, individualizando e atendendo assim, às necessidades particulares da utente.

O ensino à família é parte essencial da intervenção do EEER na pessoa com alteração da linguagem, ajudando a estabelecer sistemas de comunicação funcional. No caso previamente referido, o marido da Sr.<sup>a</sup> V. C., referia inicialmente alguma dificuldade na comunicação, no entanto, com o ensino de estratégias em parceria com a terapia da fala, foi reforçada e melhorada a comunicação entre o casal e filhos.

A alteração da atenção é um desafio para o EEER. A forma como se capta a atenção de modo a permitir a realização das atividades é fundamental, mas, ao mesmo tempo, uma tarefa muito complicada. As distinções entre os vários domínios da atenção são importantes para a reabilitação (Apêndice IV). Existe alguma evidência que indica que os componentes da atenção necessitam de ser treinados separadamente (Loetscher & Lincoln, 2013; Sturm, 1997; Sturm, 1991).

Na minha intervenção desenvolvi atividades de modo a manter a atenção, nomeadamente a gestão do ambiente de forma a minimizar interferências de outros estímulos, evitei a realização de várias tarefas em simultâneo, fazia períodos de descanso entre as atividades, reparti em pequenas tarefas simples uma tarefa complexa e realizei uma tarefa da cada vez, levando o tempo que fosse necessário para a realizar, variando a natureza da atividade segundo o interesse da pessoa de

forma seletiva, usando a leitura, a identificação de figuras ou fotografias, e recorri a estímulos visuais, auditivos e táteis para a recuperação da atenção da pessoa. Nas pessoas com alterações da memória desenvolvi atividades de forma a orientar o utente, usando a identificação da pessoa, perguntando pelo seu nome, onde estava e para identificar as suas pessoas significativas, a repetição do nome de objetos ou de que pessoas se encontravam em determinada fotografia, a evocação de acontecimentos passados, canções, de modo a estimular a memória episódica.

No âmbito do desenvolvimento de competências do EEER estas foram no domínio: J1. “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática”, J2. “capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania”, J3. “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, em todos os seus domínios” (OE, 2010b, p.3-4).

Em relação aos PQCER os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foram, a promoção da saúde: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”; a prevenção de complicações: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação previne complicações para a saúde dos clientes”; a readaptação funcional: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde” (OE, 2011, p.8-11).

Em relação ao objetivo compreender e analisar o impacto da ESR na reabilitação à pessoa com TCE, desenvolvi intervenções de ESR promovendo a reaprendizagem motora e sensorial, possibilitando assim a recuperação funcional da pessoa, tendo em conta a sua história autobiográfica, construindo um quadro de estímulos de acordo com o *habitus* da pessoa,

Apesar de não ter desenvolvido atividades a pessoas com TCE, estas intervenções são transversais à patologia neurológica. Existem diversos estudos na área da ESR no âmbito do doente em coma (como por exemplo: “*Effect of frequency of multimodal coma stimulation on the consciousness levels of traumatic brain injury comatose patients*”) e como a ESR permite o devolver da cognição e a melhoria dos níveis da



consciência. Esta atividade também pode ser usada em doentes conscientes ou com alterações da atenção e memória, bem como na intervenção em doentes com afasia, neglet ou alterações da força motora e sensibilidade. Algo comum a estas situações é a capacidade do cérebro em processar e integrar a informação sensorial, sendo esta otimizada por um ambiente enriquecido no qual através de mecanismo de plasticidade cerebral, intervenham nos processos de reaprendizagem da função perdida.

Para a planificação de intervenções de ESR, no âmbito do estágio de ECCL, procedi à avaliação do *habitus* do Sr. L. S. (Apêndice VI). A partir das informações obtidas após entrevista ao primo, que era o cuidador principal, construí um plano de estímulos autobiográficos (Apêndice VII). A colheita de dados é um fator que por vezes se pode tornar difícil, principalmente se os cuidadores não tiverem uma relação próxima ou apresentarem pouco conhecimento sobre a sua vida pessoal.

Aquando a visita domiciliária observei que os cuidados de higiene eram prestados por uma cuidadora informal, nos quais o Sr. L.S era totalmente dependente e substituído nos mesmos. Com recurso ao treino com espelho, usando a estimulação visual, consegui que iniciasse o movimento de escovar os dentes, pentear e lavar a cara com uma esponja, algo que até então era incapaz de realizar se fosse dada indicação verbal para tal. A terapia com espelho e a ação observada através de ações de outras pessoas ou atividades, podem influenciar a resposta motora. São devidos a uma rede central de regiões do cérebro humano que possuem propriedades espelhadas (nas áreas corticais sensório motoras do córtex pré-frontal, através de neurónios espelho), com áreas adicionais recrutadas durante tarefas que envolvem funções não motoras, tais como componentes auditivos, somatossensoriais e afetivos (Johansson, 2012; Molenberghs et al, 2012). Este mesmo princípio aplica-se para o uso de espelho, para a estimulação da sensibilidade superficial e recuperação da função motora do neglet no membro superior. O uso da imagem motora, associado ao treino motor tem maiores benefícios de aumento funcional da extremidade do que somente outros tratamentos (Johansson, 2012; Barclay-Godard, 2011).

Em relação às alterações da mobilidade relacionada com alteração cognitiva derivado da lesão neurológica do Sr. L.S., que era manifestado por diminuição generalizada de força em todos os segmentos e incapacidade funcional, associei aos exercícios de mobilização, estímulos autobiográficos de acordo com o seu *habitus*. Tratava-o sempre pelo nome próprio e quando apresentava períodos de alteração da

atenção, chamava-o pelo seu nome e reorientava-o para a atividade em questão. Cheng et al (2013) verificaram que na avaliação da função auditiva em distúrbios de consciência deve ser sempre utilizado o nome próprio, em detrimento de um som neutro. Recorri a estímulos auditivos, como sons de barcos a velejar, ou música preferida (*Rolling Stones*), olfativos e paladar através do uso de café de modo a modelar a sua atenção. Usei igualmente estímulos táteis, como o toque, a massagem e a mobilização, estímulos visuais como cores, fotografias tiradas pela pessoa e dela própria. Pinto (2011) identificou padrões de estímulos associados como por exemplo, estímulos táteis com auditivos, os estímulos táteis com visuais e os estímulos auditivos associados a visuais, denominando-os de “provocadores de consciência” (Pinto, 2011, p.216).

Associei estes estímulos significativos e não significativos, implementando intervenções de ESR. Usando estímulos através da música (barcos a velejar), associados a estímulos visuais, usando a sua imagem motora (espelho), ou adicionando estímulos olfativos e de paladar como o café, consegui que a nível das mobilizações, que eram sempre passivas em todos os segmentos, passasse a exercícios ativos assistidos com flexão/extensão da articulação escápulo/umeral, cotovelo, coxofemoral, joelho e tibiotársica. Consegui igualmente introduzir como atividade terapêutica a ponte, conseguindo iniciar o movimento, que até então não era capaz de realizar.

No entanto, houve períodos em que o excesso de estimulação se tornou prejudicial, provocando alterações da atenção espontânea e agitação psicomotora. É importante que esta deva ser realizada de forma regulada e estruturada.

Nestas atividades foi usado estímulos auditivos com música. A música é um estímulo multimodal que ativa as estruturas cerebrais relacionadas com o processamento cerebral, atenção e memória (Johansson, 2012; Zatorre et al, 2007; Koelsh, 2009; Thaut et al, 2009). Neste sentido, Koelsh (2009) refere que a música tem efeitos de modelação na atenção, emoções, cognição, comportamento e comunicação, levando à interação da pessoa com o meio, usando os sentidos numa relação dinâmica.

Zatorre (2012), citando Poeppel (2012), refere que as áreas corticais dentro do giro temporal superior contêm neurónios sensíveis ao som, consequentemente denominados de córtex auditivo. Pensa-se que os conjuntos neurais dentro do giro

temporal superior contêm armazenadas representações de informação musical que podem ser reativadas através da sua estimulação resultando na percepção consciente.

A estimulação olfativa e o paladar, segundo Castro Caldas (2000), tem funções mais desligados da cognição e mais adaptados à informação de sistemas primitivos da função nervosa, como por exemplo os mecanismos de alerta. Pinto (2014) verificou que em doentes que recuperam a consciência após coma, estes não eram os mais evocados, mas que houve reconhecimento de odores que pertenciam à pessoa como o perfume.

Através desta experiência percebi que o café serviu como modelador da atenção, e realmente aumentou o sentido de alerta. Ao cheirar e provar, verificava que o Sr. L.S. ficava mais desperto e deste modo mais colaborante na execução das atividades. Conclui assim como os estímulos olfativos e do paladar interferem com as emoções e processos de memória. O Sr. L.S. foi cozinheiro em França, inclusivamente chegou a dizer qual era o prato favorito, notando-se na sua expressão facial, expressão de alegria, associado a um maior estado de alerta e melhor fluência no discurso.

A estimulação tátil interfere através do fornecimento de informação sensorial no processo de somestesia. A somestesia é referido como “sentido no corpo” (Castro Caldas, 2011, p.90), sendo dividida em quatro formas de sensibilidade periférica (térmica, dolorosa, tátil e proprioceptiva<sup>30</sup>). A sensibilidade tátil e proprioceptiva é o que permite o reconhecimento tátil dos objetos que tocamos e apertamos. As sensibilidades térmicas e dolorosas são responsáveis por processos inconscientes de defesa e fuga.

Pude usar, no decorrer das atividades de estimulação sensorial, diferentes texturas de modo a criar uma série de estímulos diferentes e melhorar a sensibilidade tátil, associando o treino de propriocepção e de reeducação de motricidade motora fina. Desenvolvi neste âmbito, em ambos os estágios, uma caixa com materiais que permitem a estimulação sensorial e motora. (Apêndice VII), e outra com materiais que permitem a avaliação neurológica e dos pares cranianos (Apêndice VIII).

O feedback de ambas instituições foi muito encorajador, pois era uma necessidade levantada pelos profissionais, alegando falta de materiais que permitissem realizar atividades de reabilitação ligadas à estimulação sensorial e atividades sensório

---

<sup>30</sup> Distinguida por vezes em vibratória e postural (que nos dá o sentido da posição dos nossos membros).

motoras. Foi realizada a sua apresentação formal à equipa, tendo sido salientado que este projeto era apenas uma base de trabalho para o serviço, sendo por isso passível de ser complementada com novos materiais.

Ao fim de dois meses após o final dos estágios, procurei conhecer o impacto da sua implementação junto dos enfermeiros orientadores. Verifiquei que ambos já tinham sido utilizados tanto no CMR como na ECCI, mas que ainda não o tinha sido de uma forma frequente e sistematizada. São igualmente objeto de interesse e utilização por parte de alunos de ER e utilizados em contexto de formação. Ambos os serviços referiram ser de grande utilidade e um material de apoio importante para a realização de intervenções na área da ER.

Na ECCI realizei conjuntamente com uma colega de estágio uma ação de formação denominada “Reabilitação Cognitiva e Estimulação Sensorial”, na qual fui responsável pela apresentação da temática da estimulação sensorial (Apêndice IX). Esta formação decorreu após o levantamento de necessidades de formação dos enfermeiros especialistas da ECCI subjacente ao tema, de modo a adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da estimulação sensorial. Proporcionou-se o esclarecimento de dúvidas e definição de estratégias para o seu uso nas intervenções de reabilitação. O feedback da formação por parte dos EEER foi positivo, tendo sido de geral acordo entre todos os presentes que a formação foi útil para a sua atividade profissional e que favoreceu a aquisição e consolidação de novos conhecimentos.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências de EE no domínio da melhoria da qualidade: B1. “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; B2 “concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua de qualidade” (OE, 2010a, p.6). No domínio do desenvolvimento das aprendizagens pessoais: D2. “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010a, p.10).

No âmbito do desenvolvimento de competências do EEER estas foram no domínio: J1. “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática” (OE, 2010b, p.3).

Em relação aos PQCER os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foram a promoção da saúde: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ajuda

os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”; a prevenção de complicações: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação previne complicações para a saúde dos clientes”; a reeducação funcional: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade”; a organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2011, p.8-14).

Outro objetivo desenvolvido foi compreender a importância da estimulação sensorial regulada na promoção do conforto.

O conforto está implícito como característica holística nos cuidados de enfermagem, implícito em termos históricos como um objetivo de enfermagem, estando presente na minha prática.

O desenvolvimento de atividades de ESR tiveram como objetivo proporcionar conforto através do uso de estímulos controlados, que podem ser usados de forma individual ou combinada, através da música, sons, luz, estimulação tátil e aromas. O ambiente multissensorial permite estimular os sentidos primários tais como o somestesia, o paladar, a visão, a audição, o olfato. A confiança e o relaxamento são incentivados, sendo que a interação que procurei proporcionar entre enfermeiro/doente é essencial na promoção do conforto.

A promoção de um ambiente confortável, com ausência de distrações externas, é essencial para a realização das atividades. Ao incluir junto da cama dos utentes os seus pertences, como fotografias e ao usar a sua roupa, proporcionamos o enriquecimento de estímulos sensoriais ligados ao *habitus* da pessoa. Isto é algo que por vezes é difícil em ambiente hospitalar, pois muitas vezes os utentes ficam despidos da sua condição de pessoa, envergando o papel único de doente que carece de internamento para a resolução da sua situação de doença. A associação do enriquecimento ambiental associado à atividade física e motora irá induzir o processo de plasticidade cerebral, resultando na reorganização de circuitos corticais e

subcorticais sobreviventes, promovendo a recuperação funcional (Livingston-Thomas et al, 2016).

No internamento do CMR, tal como implemento na minha prática profissional, falei sempre com os familiares e expliquei a importância de trazer os seus produtos de higiene, a sua roupa, computador/leitor com músicas preferidas e fotografias pessoais.

As atividades de reabilitação foram realizadas atendendo ao critério de que não devem ser suficientemente longas, de modo a não proporcionar desconforto à pessoa ou alterações da atenção que possam influenciar a sua capacidade de participação. É também importante referir que a capacidade de desempenhar uma atividade deve estar dependente da nossa avaliação de potencial funcional, bem como deve ser dado o tempo necessário para a realização de atividades. A realização de exercícios ou atividades para o qual o utente não tem capacidade, é um fator de frustração, levando à alteração da sua autoestima e desconforto.

A situação que se segue foi alvo de reflexão através de um jornal de aprendizagem (Apêndice X). No âmbito do estágio no CMR, realizei mobilização passiva a nível do hemicorpo mais lesado a uma utente de setenta e cinco anos, com o diagnóstico de AVC isquémico do hemisfério direito. Esta utente verbalizava dores sempre que mobilizada, sobretudo a nível da extensão e flexão dos dedos da mão e extensão/flexão e adução/abdução da articulação escápulo umeral. Recorri ao uso da música e, verifiquei que a utente face às mobilizações anteriores, apresentou tolerância muito superior à dor, demonstrado pela sua expressão facial e através da aplicação da Escala Numérica para Avaliação da Dor, permitindo mobilizar numa amplitude superior à que se tinha obtido anteriormente. No final da atividade a utente verbalizou, com ar de satisfação, “quase tinha adormecido” (sic), que se tinha sentido relaxada e experimentado uma sensação de conforto.

Ao usar a música durante a intervenção consegui proporcionar conforto relacionado com a tranquilidade, provocando um estado de calma e bem-estar num contexto físico e ambiental. O recurso à música intervém no ambiente, no meio que a rodeia, promovendo condições externas através da receção de estímulos agradáveis provocados pelas notas musicais. Em relação ao contexto físico, onde se enquadram das sensações corporais, manifestou-se pela diminuição de dor na mobilização e na tolerância à dor, conseguindo maiores amplitudes articulares. A música pode aumentar a produção de endorfinas, levando à diminuição de dor e induzir sensação

de euforia natural (Campbel, 2000). Além disso, tem efeito de evocação de memórias e modelação das estruturas límbicas e paralímbicas (Koelsh, 2009), sendo aplicada em tratamentos para a depressão, ansiedade e stress. Estes fatores favorecem a promoção do bem-estar e o aumento do conforto.

Apliquei a um utente com alterações da atenção e vigília, atividades associando o estímulo auditivo de ondas do mar e procedi ao exercício no qual ele se imaginou na praia do Guincho (estímulo autobiográfico da sua vivência de juventude), conseguindo que revivesse mentalmente a sensação de estar naquela praia. Esta sensação de segurança, por ser algo familiar, deu-lhe uma condição assegurada de conforto. Consegui promover um tipo de conforto de tranquilidade e sensação de calma, intervindo no contexto psico-espiritual ao proporcionar uma consciência interna de si mesmo, das suas vivências pessoais, da sua memória de passear no Guincho, e uma intervenção no contexto ambiental, ao usar o estímulo auditivo das ondas do mar.

Pinto (2014) refere que a capacidade de uma pessoa se lembrar de algo está intimamente relacionado com a emoção que a desencadeou. Estas emoções são geradas por associações de estímulos. A busca da memória dos estímulos tem sempre uma carga emocional. A mesma autora explica que a informação recebida pelos sensores, através destes estímulos revestidos de materiais emotivos por intermédio do conforto, desperta as memórias e usa as emoções de modo a que a pessoa tenha capacidade de se lembrar de algo relacionado com a emoção evocada.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências de EE no domínio da melhoria da qualidade: B3.1. “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (OE, 2010a, p.7). No âmbito do desenvolvimento de competências do EEER estas foram no domínio: J1.2 “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade”; J1.3 “implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade; J1.4. “avalia os resultados das intervenções implementadas” (OE, 2010b, p.3).

Em relação aos PQCER os enunciados descritivos que procurei alcançar neste objetivo foram a satisfação do cliente: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”; a promoção da saúde: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (OE, 2011, p.7-8).

Em síntese, esta secção do relatório descreve e analisa as atividades desenvolvidas, bem como sublinha as aprendizagens e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, evidenciando a sua intervenção em ambiente de hospitalar e comunitário. A certificação das competências assegura que o EE possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza no contexto de prática clínica (OE, 2010a). Face ao meu desempenho durante o estágio, autoavalei-me em Muito Bom no contexto hospitalar (Apêndice XI), enquanto no contexto comunitário autoavalei-me em Excelente (Apêndice XII). A avaliação elaborada pelos enfermeiros orientadores apresenta-se no Anexo VI.



## 2. AVALIAÇÃO

A avaliação pretende apresentar os pontos fortes, assim como as limitações e constrangimentos percebidos ao longo da implementação do projeto, e de forma foram ultrapassados para que os objetivos fossem atingidos.

Como pontos fortes na implementação do projeto e desenvolvimento de competências em contexto clínico para uma prática especializada, destaco o acolhimento por parte da equipa multidisciplinar em ambos os locais, proporcionando uma boa integração, e por consequente, a facilitação da passagem do contexto de enfermeiro da prestação de cuidados de enfermagem gerais para o assumir de um papel de formando em contexto formativo para o desenvolvimento de competências de EEER.

A orientação assegurada pelos enfermeiros orientadores, aliado ao respeito e interesse revelado pelo projeto delineado, foi demonstrado na participação e discussão do planeamento das atividades.

A disponibilidade da docente orientadora no âmbito da construção do projeto de estágio bem como a sua implementação, foi realizada numa ótica de partilha e parceria, aliada à sua capacidade motivacional, o que permitiu o êxito deste processo de formação profissional.

O desenvolvimento de um tema de interesse pessoal, relacionado com a experiência profissional, permite que a sua aplicação seja exequível no meu contexto de trabalho.

O desenvolvimento de atividades de reabilitação no campo da RFR, RFM, sensorial e cognitiva, em todos os contextos da prática de cuidados.

Destaco também o “descobrir” da importância da reabilitação em contexto da comunidade, e o modo como esta complementa a vertente hospitalar, aliado à perceção de que é necessário estabelecer mais pontes de ligação entre as duas realidades, de modo a facilitar e promover a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa.

Como limitações e constrangimentos devo referir as dificuldades inerentes à gestão do tempo, relacionado com sobrecarga horária, com necessidade de coordenar o horário obrigatório do ensino clínico, com a carga horária laboral, que não foi

diminuída, o que poderá ter prejudicado no desenvolvimento de mais trabalhos em contexto de estágio bem como a existência de períodos de cansaço físico e emocional.

Senti a necessidade de ter mais tempo para a pesquisa minuciosa de artigos com evidência científica de uma temática ampla, recente, e nem sempre consensual.

No contexto de estágio não tive oportunidade de desenvolver os objetivos do projeto a pessoas com TCE, tendo porém, desenvolvido intervenções que são transversais a pessoas com lesão cerebral adquirida, como por exemplo AVC, ou hemorragia cerebral.

O desenvolvimento de atividades de RFR, onde destaco a avaliação de imagens de radiografias de tórax, a auscultação pulmonar, (com pouca diversidade na auscultação dos diversos sons e ruídos adventícios associados a patologia respiratória), e a ausência de contato com pessoas com patologias respiratórias específicas, como a doença obstrutiva crónica, pneumonia e derrame pleural, foram outras das limitações por mim identificadas.

O contributo ESR está já relatada principalmente em estudos em doentes em coma, com diversos estudos e protocolos de ESR como por exemplo o estudo de Megha, M., Harpreet, S. & Nayeem, Z, “*Effect of frequency of multimodal coma stimulation on the consciousness levels of traumatic brain injury comatose patients*” ou de Pinto, V. M. (2014) no seu livro “*Coma, provocar a consciência num movimento de espiral.*”

A sua utilização em doentes com alterações da memória ou atenção associados ao uso de estímulos autobiográficos e não estímulos sem conteúdo pessoal, foi base da minha atuação para potenciar a sua capacidade funcional, permitindo uma maior participação nas atividades de reabilitação conforme está descrito neste relatório. Daqui levo para a minha prática profissional a importância de uma colheita de dados rigorosa, que esteja não só ligado à parte física e funcional, mas que também inclua aspetos ligados à sua individualidade, história biográfica, valores e gostos pessoais.

Os conhecimentos e competências técnico-científicas adquiridas em toda a vertente da reabilitação funcional motora, respiratória, sensorial e cognitiva permitiu a melhoria da minha prática em contexto de trabalho. Dou, como exemplo, o uso instrumentos de avaliação funcional e cognitiva (Escala de Lower, Escala de Asworth Modificada, Índice de Barthel, MIF, LCSF). Também descobri novas escalas que podem ser usadas em complementaridade com a minha prática, apesar de não a ter

usado, como a Medida de Avaliação Funcional (MAF)<sup>31</sup>. Também possibilitou o uso e desenvolvimento de terminologia adaptada à passagem de informação.

As competências técnicas no âmbito da RFR (consciencialização e controlo respiratório, reeducação diafragmática, técnicas de limpeza das vias aéreas), no âmbito da RFM (posicionamento e levante, mobilizações), têm sido uma mais valia na minha prática diária.

Como já referi nas limitações, penso que as intervenções no âmbito da RFR, são uma competência a desenvolver na prática. A instituição onde trabalho tem um departamento de RFR. Um dos meus objetivos após término do mestrado é a realização de estágio de modo a desenvolver de modo contínuo as minhas competências nesta área.

No meu local de trabalho, esta alteração da prática refletiu-se no modo como a equipa multidisciplinar tem perceção do meu trabalho. Devo referir que embora seja um elemento ao qual os colegas sempre procuraram esclarecimento de dúvidas como perito, a nível da patologia e complicações associadas a esta, bem como questões ligadas a orgânica e funcionamento do serviço, agora noto a solicitação em situações ligadas à ER, como por exemplo se um utente está bem posicionado, como realizar a técnica de levante num doente hemiplégico, ou ajuda num doente com dificuldade na mobilização e expulsão de secreções.

Na colaboração com o CMR e ECCI desenvolvi como projeto, uma caixa com instrumentos de avaliação neurológica e de pares cranianos e outra caixa com materiais de estimulação sensorial e motor. Ambos os serviços descreveram como instrumentos de extrema utilidade para usar no contexto de reabilitação. São instrumentos que já apresentei no meu local de trabalho, sendo um desejo por parte da enfermeira chefe do serviço a sua instituição e divulgação.

A nível institucional, face ao reconhecimento do meu trabalho relacionado com competências comuns de EE que adquiri, D2.1. “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade” (OE, 2010a,

---

<sup>31</sup> A MAF foi desenvolvida como um complemento à MIF para abordar especificamente as principais áreas funcionais que são relativamente menos enfatizadas na MIF, incluindo a cognitiva, comportamental, comunicacional e medidas de funcionamento da comunidade. A MAF é composta por 12 itens (engolir, transferência para carro, mobilidade na comunidade, ler, escrever, inteligibilidade do discurso, estado emocional, ajuste às limitações, empregabilidade, orientação, atenção, julgamento em segurança). Esses itens não estão sozinhos, mas pretendem ser adicionados aos 18 itens da MIF. A combinação de escala total de 30 itens é referida como MIF + MAF (Wright, 2000).

p.10), fui nomeado para ser responsável pela formação no serviço e conceber planos anuais de formação face as necessidades formativas existentes.

Possibilitou o convite para participar numa conferência denominada “Convergência na Diversidade”, promovida pelo departamento de Neurociências, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, do Hospital de Santa Maria, a 16 de Maio de 2017, com o título, “Depois da Tempestade: a Pessoa Submetida a Craniectomia Descompressiva em Contexto de Internamento”. Foi abordado nesta apresentação uma breve resenha histórica, conceitos chave, e dados estatísticos do serviço. Foram abordadas as situações para o qual este procedimento é indicado, as complicações pós-operatórias e as intervenções de enfermagem desenvolvidas em contexto de internamento, no sentido de minimizar o impacto da craniectomia descompressiva na vida do doente e familiares, assim como a preparação para o regresso a casa. Face às competências ganhas através do Curso de Mestrado em Reabilitação e o desenvolvimento do meu projeto, abordei a importância do EEER no processo de reabilitação destes utentes e a importância de um ambiente multissensorial associado aos estímulos autobiográficos a partir do *habitus* do utente, e como estes podem promover o conforto.

Um dos objetivos futuros é a elaboração de um estudo de caso em colaboração com a enfermeira orientadora da ECCI e docente orientadora do relatório, das atividades desenvolvidas, bem como seus resultados para futura publicação em revista da especialidade.

Como perspetiva futura, a minha ambição pessoal e profissional é o desenvolvimento de um projeto de dinamização e implementação de planos de intervenção de reabilitação aos utentes do serviço, que face à sua especificidade, têm necessidades prementes neste capítulo. Pretende-se a sensibilização dos colegas para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência científica segundo os padrões de qualidade definidos pela OE, a envolvência da família como elemento ativo através da sua participação nos cuidados e desenvolver uma melhor comunicação e interligação entre a equipa multidisciplinar. A concretização deste objetivo dependerá da vontade institucional e os recursos humanos existentes.

Como sugestões, devo referir que a ênfase da intervenção do EEER deve ser baseada em instrumentos com validade científica, baseados na evidência, que permitam a construção de planos de reabilitação personalizados e adaptados ao

utente. De importância fundamental é a existência de registos, que traduzam a nossa intervenção, e que tornem visível a nossa atividade, através da extração de indicadores e ganhos em saúde, numa linguagem científica uniforme e universal.

### 3. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS

A realização deste trabalho é o culminar de um percurso formativo iniciado na construção de um projeto pessoal de formação, a sua implementação e a descrição, análise e reflexão sobre esse percurso realizado de modo a desenvolver e adquirir competências comuns de EE e competências específicas de EEER, conforme preconizado pela OE.

A pesquisa bibliográfica de artigos com evidência científica e de literatura científica de autores de referência foi fundamental para a aquisição de conhecimentos na área de neurociências, tanto a nível de anatomia, tanto a nível da neurofisiologia, permitindo a compreensão dos processos de consciência, atenção, memória, percepção, plasticidade cerebral, sensores e conceito de *habitus*.

O TCE é um grave problema de saúde pública com elevado impacto social e económico, sendo uma das maiores causas de morte e incapacidade a nível mundial. A maioria dos sobreviventes de TCE fica com sequelas que vão interferir na sua vida pessoal, social e profissional e que tem impacto nos seus familiares e na sociedade em geral. Apresentam ainda alterações cognitivas e psicossociais decorrentes da lesão adquirida, demonstradas por alterações a nível de consciência, memória e atenção, e aprendizagem.

A ESR é uma abordagem que complementa a intervenção do EEER para a restituição da cognição, através da sua intervenção na reconstrução autobiográfica na pessoa com TCE, modelando aspetos como a atenção e a memória, intervindo na reaprendizagem motora e sensorial de modo a proporcionar a recuperação funcional da pessoa.

A promoção da plasticidade cerebral, usando um ambiente enriquecido, influencia os processos de cognição, a reabilitação e reaprendizagem motora, promovendo a recuperação funcional.

A avaliação é uma atividade essencial que deve ser dominada pelo EEER. Esta deve ter em conta a avaliação física, neurológica e autobiográfica. O conhecimento da pessoa no âmbito da sua história autobiográfica, permite construir um quadro de estímulos significativos para a pessoa de acordo com o seu *habitus*.

O *habitus* consiste num conjunto de esquemas e disposições que são adquiridos desde a infância. Encontra-se associado não só ao passado, mas também a ação do presente, e reflete a identidade social e experiência autobiográfica.

O uso de um plano de estímulos significativos e não significativos tendo em conta todos os sensores permitem a realização de intervenções de ESR.

De acordo com os estudos realizados a pessoas em coma, a regulação sensorial deve ter em conta a intensidade, frequência, duração e intervalo controlado entre as sessões.

A aplicação deste projeto permitiu a realização de atividades de ESR, em ambiente controlado, com eliminação de estímulos externos passíveis de distrair a pessoa, tendo em conta a construção de um plano de estímulos baseado no *habitus* da pessoa e aplicados de forma unimodal e multimodal, associando estímulos táteis, com auditivos, os estímulos táteis com visuais e os estímulos auditivos associados a visuais.

Foram visualizados alguns resultados encorajadores, como a modelação da atenção, a evocação de memórias declarativa episódica, embora sem tempo para observar resultados a nível da memória de curto prazo. O uso de associação de estímulos permitiu o gerar de emoções que levaram a que a pessoa tenha capacidade de se lembrar de algo relacionado com a emoção evocada.

Saliento a evolução na linguagem, principalmente a nível de fluência durante as atividades e a participação nas atividades de RFM efetuando mobilizações ativas assistidas com flexão/extensão da articulação escápulo/umeral, cotovelo, coxofemoral, joelho e tibiotársica e a realização da ponte como atividade terapêutica, no caso do Sr. L.S.

Verificou-se que a estimulação desregulada se tornou prejudicial, provocando alterações da atenção espontânea, agitação psicomotora e desconforto. É importante que esta deva ser realizada de forma regulada e estruturada, para que não se torne prejudicial.

A família/cuidador assume um papel central, formando uma parceria com o EEER para a promoção e desenvolvimento de atividades de ESR, assim como em todo o processo de reabilitação.

A aplicação do modelo teórico de Kolcaba permitiu verificar o EEER não interfere apenas na promoção do conforto no contexto físico, mas também no contexto psico-espiritual, social e ambiental, através do conhecimento do *habitus* e da adequação de atividades de ESR.

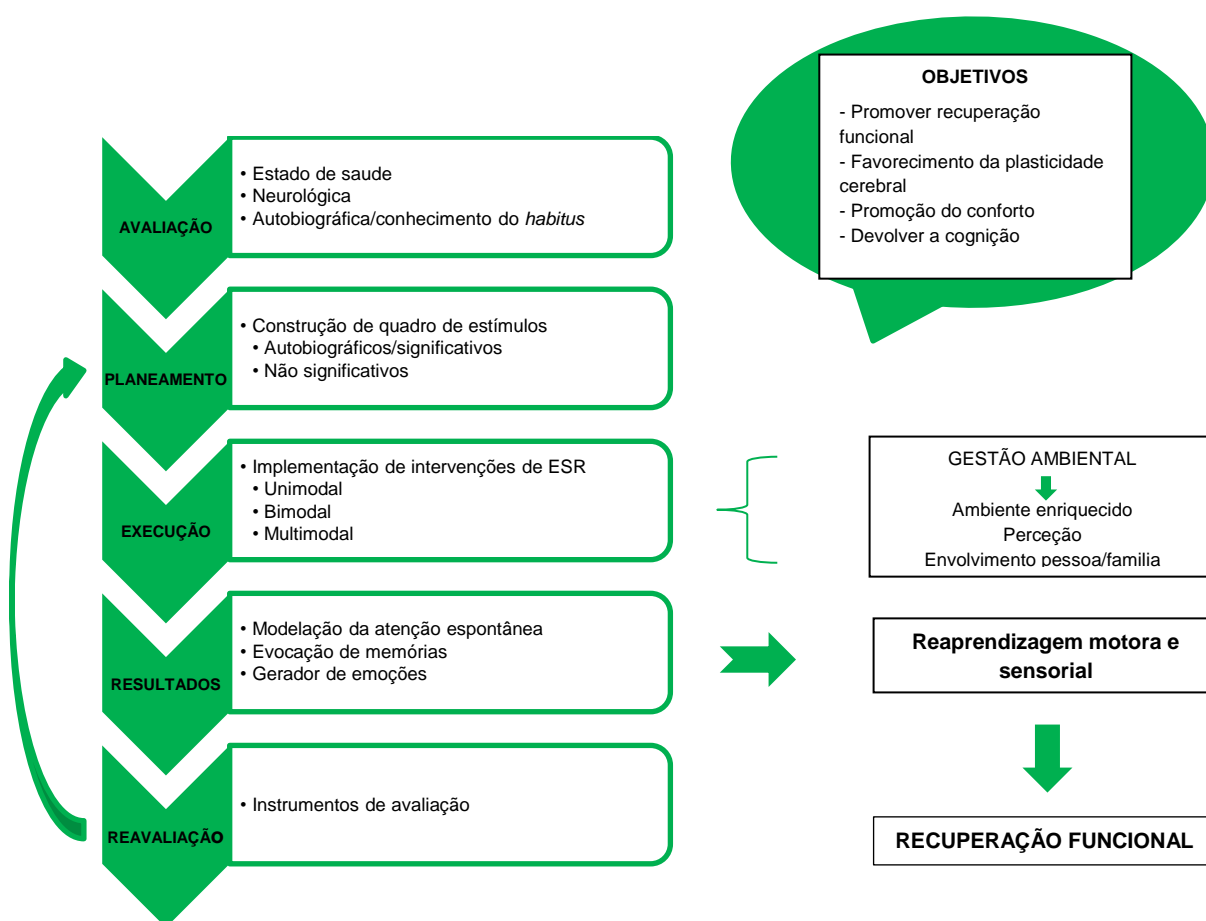
O desenvolvimento de atividades de ESR, proporcionam conforto através do uso de estímulos controlados, como por exemplo a música, sons, cores, estimulação tátil e aromas.

A interação entre enfermeiro/pessoa/ família são fatores que proporcionam confiança, segurança e relaxamento, contribuindo para o conforto da pessoa.

Concluo que esta é uma área muito vasta, a qual penso que abordei ainda de forma muito superficial, necessitando de adquirir e aprofundar conhecimentos.

Em seguida apresento a sintetização em forma de diagrama da intervenção do EEER à pessoa com TCE através da ESR.

**Figura 1.** Diagrama da intervenção do EEER à pessoa com TCE através da ESR





Os objetivos do projeto foram alcançados, conforme descrição e análise nas atividades desenvolvidas em contexto de estágio, permitindo o adquirir das competências de EEER em todos os seus domínios.

Em relação às perspectivas de desenvolvimento e continuidade do trabalho desenvolvido, face à tipologia do serviço onde trabalho com pessoas com TCE, reúne as condições ideais para a aplicação de atividades de ESR. Será uma área de investimento pessoal a qual carece de maior estudo e divulgação.

A realização deste relatório, é o término um processo longo de formação, construído numa base de esforço, empenho e trabalho, que lança pontes para o futuro, num processo contínuo de construção pessoal e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andelic,N., Sigurdardottir,S., Sveen, U.& Tornás,U. (2011). Does na early onset and continuous chain of rehabilitation improve the long-term functional outcome of patients with sever traumatic brain injury?. *Journal of neurotrauma*, 29, 66-74. **Doi:**10.1089/neu.2011.1811.

Baroncelli, L., Braschi, C., Spolidoro, M., Sale, A., & Maffei, L. (2010). Nurturing brain plasticity: impact of environmental enrichment. *Cell Death and Differentiation*, 17, 1092-1103.**DOI:** 10.1038/cdd.2009.193.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto editora.

Blakemore, S-J.& Frith, U. (2005). *O cérebro que aprende - lições para a educação*. Lisboa: Gradiva Publicações.

Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica* (1ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Caldas, A.C. (2000). *A Herança de Franz Gall: o cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.

Campbel, D. (2006). *O efeito Mozart*. Cruz quebrada: Estrela polar.

Campos, B. B.N. S., Machado, F. S. (2012). Terapia nutricional no traumatismo cranioencefálico grave. *Revista brasileira de terapia intensiva*. 24(1) 97-105.

Cheng, L., Gosseries, O., Ying, L., Hu, X., Yu, D., Gao, H. ... Di, H. (2013). Assessment of localisation to auditory stimulation in post-comatose states: use the patient's own name. *BMC Neurology*, 13 (27)

Cordeiro, M. d., & Menoita, E. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência

Costa, J.A. & Melo, A.S. (1999). *Dicionário de língua portuguesa* (8ª ed.) Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-05001-2

Cusick, A., Lannin, N. A., Hanssen, R. & Allaous,J. (2014). Validating the Western Neuro Sensory Stimulation for patients with severe traumatic brain injury who are slow-

to-recover. *Australian occupational therapy journal*. 61, 276-283. **DOI:** 10.1111/1440-1630.1212.

Damásio, A. (2000). *O livro da consciência: a construção do cérebro consciente*. Maia: Temas e debates.

DECRETO-LEI nº74/2016, de 24 de março (2006), Diário da República I Série-A nº60 (24/03/2006), 2248.

Deodato, S. (2017). Ética nos cuidados de reabilitação. In Marques-Vieira & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp.35-40). Loures: Lusociência.

Down, T. (2004). Teoria do conforto. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (pp. 481-495). Loures: Lusociência.

Duarte, M. C. A (2014). *Processo de cuidados do enfermeiro e enfermeiro de reabilitação em unidades de convalescença*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Dubbin, L. A., Chang, J.K. & Shim, J.K. (2013). Cultural health capital and the interactional Dynamics of patient-centered care. *National institutes of Health*. 93, 1-14. **Doi:** 10.1016/j.socscimed.2013.06.014.

Elliott, M. & Parente, F. (2014). Efficacy of memory rehabilitation therapy: a meta-analysis of TBI and stroke cognitive literature. *Brain Injury*, 28(12),1610-1616. **DOI:**10.3109/02699052.2014.934921.

Ferro, J.& Pimentel, J. (2006). *Neurologia - Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel -Edições Técnicas, Lda.

Fonseca, T.C.C. (2013). *Avaliação e tratamento pós-hospitalar do traumatismo crânio-encefálico*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa

Fontes, A. P. (2014). *Funcionalidade e incapacidade: conceptualização, estrutura e aplicabilidade da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*. Loures: Lusodidacta.

Gerber, C. (2005). Understanding and managing coma stimulation. Are we doing everything we can? *Critical Care Nursing*, 28 (2), 94-108.

- Greenberg, M.S. (2003). *Manual de Neurocirurgia*. (2ªed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Habib, M. (2003). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boeringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2001). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª ed), Loures: Lusociência.
- <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>
- <http://www.neurosurgery.org/cybermuseum/pre20th/epapyrus.html>
- <http://www.who.int/about/mission/en/>
- Johansson, B.B. (2012). Multisensory stimulation in stroke rehabilitation. *Frontiers in human neuroscience*. 6(60), 1-11. **DOI:**10.3389/fnhum.2012.00060.
- Johnstone, M. (1979). *O doente hemiplégico: princípios de reabilitação*. São Paulo: Editora Manolete.
- Katz, L. & Rubin, M. (2003). *Mantenha o seu cérebro ativo*. Cascais: Pergaminho.
- Koelsch, S. (2009), A neurcientific perspective on music. *The Neurosciences and music- disorders and plasticity*, 374-384. **DOI:** 10.1111/j.1749-6632.2009. 04592.x.
- Kolkaba, K. (2003). *Confort theory and practice, a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishig.
- Kottke, F.J. (1994). Exercícios terapêuticos para manutenção da mobilidade. In L. Kottke & J. Lehmann. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. (4ªEd) (pp.423-438). São Paulo: Editora Manolete.
- Larson, E. B., Ramaiwa, M., Zoolman, F. S., Pacini, S., Hsu, N., Patton, J. L. & Dvorkin, A. Y. (2010). Tolerance of virtual reality interventions for attention remediation in persons with severe TBI. *Brain Injury*. 25(3), 274-281. **DOI:**10.3109/02699052.2010.551648

Livingston-Thomas, J., Nelson, P., Karthikeyan, S., Antonescu, S., Jeffers, M. S., Marzolini, S., Corbett, D. (2016). Exercise and Environmental Enrichment as Enablers of Task-Specific Neuroplasticity and Stroke Recovery. *Neurotherapeutics*. 13:395–402 **DOI:** 10.1007/s13311-016-0423-9

Loetscher, P & Lincoln, P. (2013). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *The Cochrane Library*, 5, 1-58. **DOI:** 10.1002/14651858. CD002842.pub2.

Lundy-Ekman, L. (2008). *Neurociências: fundamentos para a reabilitação*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Lynch., J.C. (2006). Cortex cerebral. In Haines, D.E. *Neurociência fundamental, para aplicações básicas e clínicas* (3ª ed.) (pp.597-614). Rio de Janeiro: Elsevier.

Martins, I. P. (2006). Função cognitiva. In: *Ferro, J. & Pimentel, J. Neurologia - Princípios, diagnostico e tratamento* (pp.1-23). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Megha,M., Harpreet, S. & Nayeem, Z. (2012). Effect of frequency of multimodal coma stimulation on the consciousness levels of traumatic brain injury comatose patients. *Brain injury*. 27(5): 570-577. **DOI:** 10.3109/02699052.2013.767937

Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P. & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Monteiro, A. C., Oliveira, C., Pereira, C., Almeida, J., Santos, J., Damas, P. ... Cardoso, T. (2013). *A oculta face do coma - o despertar do desconhecido*. Loures: Lusociência.

Novamente (2014). *Um estudo prospectivo sobre o impacto sócio familiar do traumatismo crânio encefálico*. Portugal: Novamente.

Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M. & Antunes, J. L. (2012). Traumatismo Crânio-encefálico: Abordagem Integrada. *Acta médica portuguesa*, 25(3), 179-192. Acedido em, <https://www.google.pt/#q=Traumatismo+Cr%C3%A2nio-encef%C3%A1lico:+Abordagem+Integrada>

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de competências específicas em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE versão2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pgceereabilitacao.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Padilla, R. & Domina, A. (2016). Effectiveness of sensory stimulation to improve arousal and alertness of people in a coma or persistente vegetative state after traumatic brain injury: a systematic review. *American journal of occupational therapy*. 70(3). **DOI:** 10.5014/ajot.2016.02.1022.

Peeters, W., Brande, R., Polinder, S., Brazinova, A., Steyerberg, E.W., Lingsma, H. F.& Maas, A.I.R. (2015). Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. *Acta Neurochir*. 157,1683-1696. DOI: 10.1007/s00701-015-2512-7.

Podell, K.; Gifford, K.; Bougakov, D. & Goldberg, K. (2010). Neuropsychological assessment in traumatic brain injury. *Psychiatrics Clinics of North America*, 33(4), 855-876. DOI: 10.1016/j.psc.2010.08.003

Pinto, V. L. C. M. (2012) *Reconstrução mnésica do período de coma por traumatismo crânio encefálico*. (Dissertação de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Pinto, V. M. (2014). *Coma, provocar a consciência num movimento de espiral*. Loures: Lusodidacta.

REGULAMENTO nº 122/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem. Diário da Republica II Série, n.º35 (18-02-2011). 8648-8653.

REGULAMENTO nº 125/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, nº35 (18-02-2011). 8648-8653.

REGULAMENTO nº 350/2015 de 22 de junho. (2015). Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, nº119 (22-06-2015). 16655-16660.

Rycroft-Malone., Seers, J., Tichen, A., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs*. 47(1), 81-90. DOI:10.1111/j.1365-2648.2004. 03068.x.

Santos E. S., Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2001). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta médica portuguesa*, 16, 71-76. Disponível em, <http://www.redereab.pt/docs/EpidemiologiaTCE.pdf>

Seeley, R.R., Stephens, T.D. & Tate, P. (2001). *Anatomia e Fisiologia* (3ª ed.) Loures: Lusodidacta.

Setton, M.G.C. (2002). A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista brasileira de educação*. 20, 60-70. Disponível em, <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n20/n20a05> I

Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-2.

Silva, C. S. M. B. (2016). *A Regulação Sensorial na Promoção do Conforto da Pessoa em Estado Vegetativo Persistente*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Sohlberg, M. M.& Mateer, C. A. (2015). *Reabilitação cognitiva - Uma abordagem neuropsicológica integrada*. São Paulo: Santos Editora.

Spitz, G., Ponsford, J.L., Rudzki, D. & Maller, J.J. (2012). Association between cognitive performance and functional outcome following traumatic brain injury: a longitudinal multilevel examination. *Neuropsychology*, 26(5), 604-612. DOI:10.1037/a0029239

Swartz, D.L. (2002). The sociology of habit: the perspective of Pierre Bourdieu. *The occupational therapy journal of research*. 22, 61s-69s. Disponível em, <http://www.bu.edu/av/core/swartz/sociology-of-habit.pdf>.

Tate, R. L. (2010). *A compendium of tests, scales and questionnaires: the practitioner's guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. New York: Psychology Press.

Unidade de Cuidados na Comunidade Consigo. (2017). Manual de procedimentos ECCI-Consigo. Lisboa.

Veiga, B.S., Simões, H., Campos, A. P. (2000). Sistema de classificação de doentes. Boletim informativo do IGIF. Nº3. Disponível em: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Sistema\\_de\\_Classifica%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Doentes\\_em\\_Enfermagem](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Sistema_de_Classifica%C3%A7%C3%A3o_de_Doentes_em_Enfermagem)

Wood, R.L. (1991). Critical analysis of the concept of sensory stimulation for patients in vegetative states. *Brain Injury*, 5 (4), 401-409

World Health Organization (2004). Guidelines for essential trauma care. Geneva: World Health Organization.

Wright, J. (2000). A Medida de Avaliação Funcional. O Centro de Medição de Resultados em Lesões Cerebrais. Disponível em, <http://www.tbims.org/combi/FAM>

Wu, C. Y., Hsieh, Y. W, Lin, K. C., Chuang, L. L., Chang, Y. F., Liu, H. L. ... Wai, Y. Y. (2010). Brain reorganization after bilateral arm training and distributed constraint-induced therapy in stroke patients: a preliminary functional magnetic resonance imaging study. *Chang Gung Med J*. 33(6), 628-38.

Zatorre, R. J. (2012). *When the brain plays music: perception, plasticity, and emotion*.in Fundação Calouste Gulbenkian. Brain.org, fórum Gulbenkian de saúde 2012. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



## **APÊNDICES E ANEXOS**



**Mestrado em Enfermagem**

***Área de Especialização de Reabilitação***

***Unidade Curricular Opção II***

Trabalho de Projeto

**Estimulação Sensorial Regulada: Intervenção do  
Enfermeiro Especialista em Reabilitação à Pessoa com  
Traumatismo Cranioencefálico**

**Luis Miguel Correia dos Santos**

**Lisboa**

**2016**



**Mestrado em Enfermagem**

***Área de Especialização de Reabilitação***

***Unidade Curricular Opção II***

Trabalho de Projeto

**Estimulação Sensorial Regulada: Intervenção do  
Enfermeiro Especialista em Reabilitação à Pessoa com  
Traumatismo Cranioencefálico**

**Luis Miguel Correia dos Santos**

Orientador: Professora Vanda Marques Pinto

**Lisboa**

**2016**



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CMRA - Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão  
EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
ER - Enfermagem de Reabilitação  
ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
ESR - Estimulação Sensorial Regulada  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
RFM - Reeducação Funcional Motora  
RFR - Reeducação Funcional Respiratória  
SNC - Sistema Nervoso Central  
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados  
TCE - Traumatismo Cranio Encefálico.

## ÍNDICE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	5
2 - SUMÁRIO.....	6
3 - REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA.....	9
3.1 - Traumatismo cranioencefálico um problema de saúde pública.....	9
3.2 - Consciência, memória e atenção como limitações cognitivas.....	10
3.3 - O contributo da neuroplasticidade na recuperação neurológica como processo ativo e dinâmico.....	12
3.4- Estimulação sensorial regulada, um recurso terapêutico no distúrbio cognitivo.....	12
4 - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	14
4.1 - Planeamento e metodologia de trabalho.....	14
4.2 - Definição de objetivos.....	15
4.3 - Instituições envolvidas e justificação da escolha.....	16
5 - PLANEAMENTO E PREPARAÇÃO DE ATIVIDADES DO PROJETO.....	18
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## ANEXOS

ANEXO I – Correlação anatómica com as funções cerebrais

## APÊNDICES

APÊNDICE I – Sistemas de memória

APÊNDICE II – Mecanismos de neuroplasticidade após lesão cerebral

APÊNDICE III – Guião de entrevistas nos locais de estágio

APÊNDICE IV – Planeamento e avaliação de atividades

APÊNDICE V - Cronograma

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Tipos de conforto e contextos onde se experimenta o conforto.....	7
---	---

## **1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

**Título:**

“Estimulação Sensorial Regulada: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação à Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico”

**Palavras-chave:**

Traumatismo cranioencefálico; neuroplasticidade, consciência; memória; atenção; estimulação sensorial regulada; conforto.

**Data de início:**

3 de outubro de 2016.

**Duração:**

18 semanas.

**Instituições Envolvidas:**

[REDACTED]

[REDACTED].



## 2. SUMÁRIO

O presente projeto de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular Opção 2- Projeto de Formação, que integra o plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Reabilitação.

Este projeto surge como um desígnio que orienta a construção de novos saberes, proporcionando o recurso a novas aprendizagens mediante a temática escolhida. A realização de um projeto pressupõe “a existência de um desejo de produção de uma mudança que se insere, mais geralmente, no processo afetivo que surge por ocasião de uma ação” (Barbier, 1993, p.47). Refletindo-me no citado, este tema provém dessa índole pessoal, que foi condicionada pelo percurso profissional onde desenvolvo os meus cuidados.

Este projeto tem como intuito o desenvolvimento de competências comuns e específicas como EEER preconizados pela OE. Pretendo desenvolver a capacidade de identificar as necessidades de saúde da pessoa e comunidade, refletindo uma enfermagem centrada na pessoa usando a melhor evidência possível nos cuidados prestados.

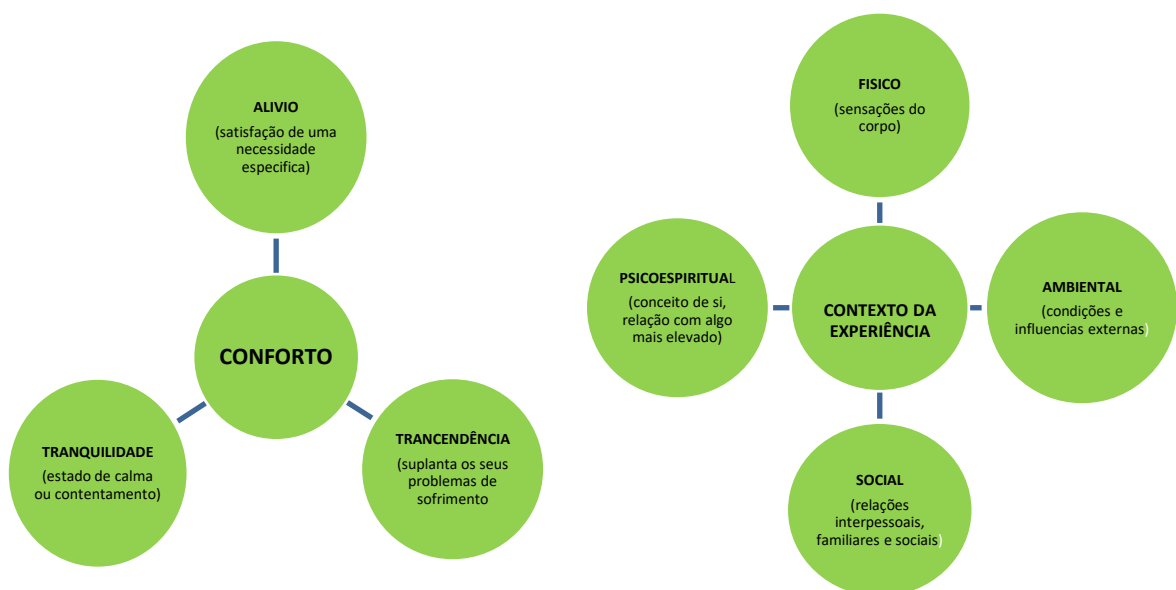
A seleção desta temática deve-se ao meu percurso profissional a cuidar de pessoas num serviço de internamento de neurocirurgia. Dentro desta área, sempre apresentei uma maior afinidade pelos doentes com problemas do foro cerebral. Sem motivos de ordem pessoal, mas sim do modo como se torna complexa a sua abordagem face às desordens adquiridas de nível cognitivo e ao modo como temos sistematicamente de rever e reconstruir estratégias de comunicação, estratégias para a mudança e regulação comportamental, que surgem como um obstáculo para uma recuperação funcional mais célere. Spitz, Ponsford, Rudzki & Maller, (2012) referem que o desenvolver de estratégias para combater deficits nas funções executivas potenciam os resultados de recuperação funcional. Pretendo assim salientar a importância de uma prática ativa a nível multidisciplinar, ou através de atividades terapêuticas mais individualizadas que favoreçam a recuperação cognitiva e recuperação funcional influenciando positivamente o processo de reabilitação, o autocuidado, mobilidade e posterior reintegração na sociedade.

Como referencial teórico de enfermagem, irei usar a teoria do conforto de Kolkaba, como conceção da prática que sustenta o meu projeto. A aplicação da ESR como atividade terapêutica por parte do EEER faz todo o sentido. Primeiro porque para qualquer atividade terapêutica, pretende-se o conforto da pessoa, mas também a própria atividade pode ser um veículo de conforto.

Kolkaba (2003) refere que o conforto vem sido citado desde Nightingale, pelo *Notes on nursing* (1859). Este conceito já era alvo de atenção e tido como objetivo a ser atingido nos cuidados de enfermagem. Já era referido “nos compêndios datados de 1904, 1914 e 1919, o conforto emocional era designado por *conforto mental* e era atingido sobretudo ao proporcionar conforto físico e modificando o ambiente para os doentes” (Down, 2004, p.483), citando McIlveen & Morse (1995). O conforto surge como el elemento essencial na prática de cuidados, não acabando nos cuidados físicos, mas sim ligado a uma dimensão multidimensional da pessoa, podendo falar num “conforto holístico” conforme expressa Kolkaba. Segundo a Classificação internacional para a prática de enfermagem, conforto traduz-se em “sensação de tranquilidade física e bem-estar” (CIPE, 2011. p.45). Nesta definição associa-se, tal como é transparecido muitas vezes na nossa prática, o conforto no domínio físico, não tendo em conta outras variáveis.

Kolkaba (2003) refere conforto como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. Na sua teoria existem 3 tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) que são experimentados em quatro contextos (físico, psico-espiritual, ambiental e social). Estes conceitos principais, segundo Down (2004) são descritos da seguinte forma:

**Figura 1.** Tipos de conforto e contextos onde se experimenta o conforto



Os doentes são os que recebem conforto, tendo necessidades de cuidados de saúde, denominadas por necessidades de conforto. São alvo de medidas de intervenção de enfermagem, definidas como medidas de conforto, sempre numa visão holística e humanista.

Redirecionando para o propósito deste projeto, Pinto (2014), em relação aos sensores, considera-os em rede revestidos de materiais emotivos por intermédio de conforto, sendo geradores de emoções, desencadeados por um estímulo ou associação de estímulos. Ao usar a ESR, na pessoa com TCE, através da informação recebida pelos sensores através destes estímulos revestidos de conforto, despertar as suas memórias, usar as emoções de modo a que a pessoa tenha capacidade de se lembrar algo relacionado com a emoção evocada. Nesta interação o conforto pode também servir como base de confiança.

Salienta-se a importância da reapreciação das medidas de conforto após a sua implementação. Down (2004) refere que quer a apreciação inicial ou a reapreciação, podem ser intuitivas e/ou subjetivas, tal como quando perguntamos se está confortável, ou usando escalas visuais analógicas ou questionários tradicionais desenvolvidos por Kolkaba.

Este projeto está dividido seis partes. Em primeiro a identificação do projeto, a segunda parte refere-se ao sumário, onde apresento e justifico o projeto, o fenómeno de interesse e justificação da sua escolha. Está incluída a abordagem da filosofia de cuidados e como ela sustenta a prática. A terceira parte corresponde à descrição técnica onde faço uma revisão crítica da literatura face à minha problemática, a nível epidemiológico, anatomo fisiológico inter-relacionando os conceitos de consciência, memória, atenção e a importância da neuroplasticidade. É demonstrado a importância da ESR como recurso terapêutico para o EEER. A quarta parte corresponde às intervenções do EEER, onde apresento a metodologia de conceção do projeto, objetivos gerais e específicos. É feita uma breve descrição das instituições envolvidas e a justificação da sua escolha. O último capítulo compreende o planeamento e construção das atividades que serão esquematizadas em anexo nos seus componentes (domínios e competências, objetivos específicos, recursos, indicadores e critérios de avaliação). Por fim encontram-se as considerações finais e referências bibliográficas.

### **3. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA**

Este capítulo apresenta a definição de alguns conceitos importantes para a problemática através que justifiquem a pertinência do projeto através de uma revisão crítica da literatura, através da consulta e leitura de artigos revelantes selecionados através de base de dados EBSCO, teses de mestrado e doutoramento e livros de autores de referência e revistas especializadas..

#### **3.1 – Traumatismo cranioencefálico, um problema de saúde pública.**

O TCE segundo a World Health Organization (2004) é uma das maiores causas de morte e incapacidade a nível mundial. Constitui um problema de saúde pública com elevado impacto social e económico. Em relação à realidade portuguesa, existe falta de dados fiáveis, sendo o último estudo feito por Santos, Sousa & Castro Caldas (2003), na qual a incidência do TCE em Portugal entre 1996-97 foi de 137/100000, mostrando tendência para uma diminuição. Acredita-se ser devido à melhoria das medidas de prevenção rodoviária. O TCE ocorre predominante no jovem, com uma proporção de 3 para 1 nos homens em relação às mulheres, associando às mesmas tendências já reportadas a nível dos estudos sobre a Europa. Não podemos assim afirmar qual a real taxa de incidência em Portugal atualmente face à inexistência de novos estudos. Existe o aumento de incidência nas pessoas mais velhas e a diminuir nos mais novos, apesar de ser “a principal causa de mortalidade e morbilidade entre os adultos jovens”. (Oliveira, Lavrador, Santos, Lobo Antunes, 2012, p179(, citando (Winn HR, et al 2011).

O aumento da sobrevivência dos doentes com TCE severo devido ao progresso da medicina, tecnologia e unidades de cuidados intensivos, levam a uma menor qualidade de vida e capacidade funcional (Megha, Harpreet & Nayeem, 2013). Este facto leva a que o nível de incapacidade ou sequelas com alterações comportamentais e cognitivas tenham maior incidência. A maioria dos sobreviventes de TCE fica com sequelas que vão interferir na sua vida pessoal, social e profissional e que tem impacto nos seus familiares e na sociedade em geral.

### **3.2 – Consciência, memória e atenção como distúrbios cognitivos**

Historicamente as primeiras descrições relativas ao TCE e o modo como influência as nossas funções cerebrais, foram encontrados no Egito, datado à cerca de 2500 a.C. O papiro, que foi chamado de “O papiro cirúrgico de Edwin Smith refere a relação entre lesões dos hemisférios cerebrais com as alterações funcionais (Castro Caldas, 2000). Esse fato revela a importância e a tentativa de compreensão dos fenômenos ligados ao TCE e suas sequelas desde os primórdios da humanidade.

Conforme a área cerebral que é afetada, assim é a correlação neuroanatômica, isto leva a que “o estudo das funções cognitivas<sup>1</sup> permite-nos conhecer a organização funcional do Sistema Nervoso Central (SNC) normal e a sua capacidade de reorganização (ou plasticidade) após lesão” (Ferro & Pimentel, 2006, pp.2-3).

Existe padrões particulares de danos no SNC associado a diferentes síndromes físicos, cognitivos, comportamentais e disfunção emocionais. Entender essas diferenças e seus cursos comuns facilita o processo de avaliação, planejamento do tratamento e definição de objetivos da equipa de reabilitação (Sohlberg & Mateer, 2015). O conhecimento dos mecanismos da lesão resultante do TCE, quer primária (mecânica) ou secundária (consequência), relacionada com a distribuição, gravidade e tipo de patologia causadora, torna-se importante na compreensão da ocorrência destes distúrbios neurológicos. Grande parte das lesões são devido a mecanismos de aceleração e desaceleração, incidindo sobre as superfícies laterais e ventrais do lobo frontal e temporal, levando a alterações, da consciência, atenção e memória (Anexo I).

A consciência é uma área na qual a nível de definição tem avançado ao longo do tempo, se bem com interpretações em si por vezes diferentes.

É definida como “capacidade de nos dar conta de nós próprios, da nossa atividade mental e do ambiente” (Ferro & Pimentel, 2006, p25), fazendo a distinção consciência fundamental ligado à biologia, o que vivemos, da consciência extensa, com a integração dos acontecimentos no seu “eu”. Castro Caldas (2000) sublinha haver fenómenos mais conscientes e outros menos conscientes, resultando de múltiplas variáveis ainda não identificadas totalmente. Pinto (2014),

---

<sup>1</sup> “conjunto de funções integradas que nos permitem comunicar através de símbolos, representar mentalmente o mundo, apreender, processar, guardar e transmitir vários tipos de informação” (Ferro & Pimentel, 2006, p.1)

divide a consciência em dois componentes: vigília (estado alerta dependente do SARA<sup>2</sup>) e conteúdo (funções do córtex, como atenção, percepção sensorial, memória explícita, linguagem, execução de tarefas e orientação temporal e espacial). A consciência pode ser enviesada por problemas de atenção e memória. A avaliação de consciência como: Coma, Estado Vegetativo, Estado de consciência mínimo e consciente, muito usado a nível hospitalar não transparece a complexidade e o aprofundar que este tema merece.

O déficit de atenção é um problema comum após TCE (Larson et al 2010), referindo que a sua alteração é grande causa de incapacidade, dificultando a integração social, sendo o seu tratamento prioritário no processo de reabilitação. A atenção é definida como “processo complexo (...) parte integrante e fundamental da atividade sensorial pelos vários níveis de consciência, que em simultâneo processam a informação” (Castro Caldas, 2000, p.118). Não é possível reduzir a uma definição e relacioná-la com uma única região do cérebro.

Alterações a nível da memória estão comumente presentes após AVC ou TCE devido ao trauma a nível dos lobos temporais, hipocampo e amígdala<sup>3</sup> (Elliot & Parente, 2014; Cicerone et al 2000). Este artigo refere que a reabilitação da memória apresenta resultados efetivos, embora em menor grau no TCE. Torna-se necessário compreender os mecanismos de memória para perceber a importância do processo de ESR na sua recuperação e como influi na reabilitação cognitiva do doente.

A memória assume-se como uma função complexa, não unitária e que se relaciona intimamente com a cognição, atenção raciocínio, aprendizagem. Sem memória não poderíamos ser, saber ser e conectarmo-nos com o meio que nos rodeia.<sup>4</sup>

Segundo Martins (2006), o sistema de memória divide-se em: memória primária, memória declarativa de longo termo (episódica e semântica), memória de procedimentos, memória propriocetiva e Priming (Apêndice I)

---

<sup>2</sup> Sistema Activador Reticular Ascendente – “constituído por diversas estruturas localizadas na formação reticular, nomeadamente entre a região ponto-mesencefálica e o diencefalo (...) intervém na regulação do estado de vigília (Monteiro et al, 2013, p.1)

<sup>3</sup> salientar a importância do sistema límbico para posterior análise e desenvolvimento.

<sup>4</sup> a aquisição de memórias é um processo sistematizado. Martins (2006), define 3 fases: aquisição ou codificação; armazenagem ou consolidação; acesso ou evocação.

Habib (2003) expõe o que chama de neuroanatomia da memória. As estruturas responsáveis pela aprendizagem, não são as mesmas onde as informações estão armazenadas. Por esse motivo existe síndromes amnésicos, nos quais as memórias antigas encontram-se muitas vezes poupadas.

### **3.3 - O contributo da neuroplasticidade na recuperação neurológica como processo ativo e dinâmico**

A neuroplasticidade surge como a “capacidade de o cérebro mudar e alterar a sua estrutura e função” (Sohlberg & Mateer, 2015, p.71). Esta capacidade permite redirecionar funções cerebrais para outras regiões do cérebro, produzindo novos neurónios através da neurogénese<sup>5</sup>, conforme documentado em estudos de neurociências nas ultimas décadas. Assim esta capacidade da neuroplasticidade parece favorecer a reabilitação cognitiva e a restituição ou compensação da função perdida. Andeletic, et al (2011); Zhu et al (2007), referem que a plasticidade anatómica e bioquímica do cérebro e a sua recuperação natural fornece a base para as intervenções de reabilitação. De referir que existem importantes mecanismos de neuro plasticidade após lesão cerebral (Apêndice II).

### **3.4 – Regulação sensorial regulada, um recurso terapêutico no distúrbio cognitivo**

Diversos estudos têm sido feitos, demonstrando a forte evidência do efeito terapêutico que estimulação sensorial pode ter a nível de recuperação de consciência. Estes estudos estão na sua maioria virados para o coma. Padilla & Domina (2016), numa RSL demonstra a forte evidência destes resultados em estado de coma ou vegetativo persistente após TCE. Aborda a importância de como são fornecidos estes estímulos. Conclui que a estimulação multimodal, ou seja, associação de dois ou mais estímulos, dentro dos cinco sentidos tem resultados melhores que a estimulação unimodal, em termos de recuperação de consciência e alerta. De referir que a revisão alerta para que se deve iniciar esta estimulação o mais precoce possível. É salientado que teorias defendem que uma ESR tem ganhos positivos face a estimulação sensorial fornecida de modo indiferenciado (Padilla & Domina, 2016; Wood et al 1992). Pinto (2014) refere que a

---

<sup>5</sup> Capacidade para a formação de novos neurónios e novas sinapses.

pessoa faz a sua reconstrução autobiográfica, passando de um nível de consciência para outro, salientando a importância dos estímulos, como provocador de consciência, através de sensores definidos como “órgãos capazes de recolher informações do mundo exterior” (Castro Caldas, 2000, p.82), aliados a um estado de conforto associados a sensação de confiança e de alívio. De salientar a importância de percepção na interação entre indivíduo/meio, ligada à memória e atenção e do ambiente enriquecido enquanto promotor da neurogênese e da sua capacidade de mudar comportamentos que envolvam funções cognitivas complexas. Assim através da ESR promovemos a formação de novos circuitos neuronais de informação e novas sinapses, procedendo a uma reconstrução cognitiva e sensoriomotora. (Monteiro et al 2013).

Podemos aferir após esta breve revisão crítica a importância da ESR como intervenção do EEER, que através do seu conhecimento, do uso de instrumentos de avaliação, pode usar a ESR como recurso terapêutico, de modo a aumentar o nível de consciência e intervir nos diversos distúrbios aqui abordados como a atenção e memória.

A avaliação geral e neurológica da pessoa, é essencial, inclusive antes de implementação de programas de atividades ou estimulação. O EEER deve saber selecionar os melhores instrumentos, que podem incluir escalas, testes, quer para uma avaliação pré-programa de intervenção, como após a instituição deste permitindo medir e analisar os dados e resultados obtidos, permitindo um desenvolvimento da prática de acordo com a evidência produzida pela investigação. A avaliação neurológica deverá estar sempre presente, nomeadamente a nível de avaliação de estado de consciência, pares cranianos, estado mental, força motora, sensibilidade, equilíbrio, marcha e coordenação motora. Vou referir apenas algumas das escalas e testes que irei selecionar no contexto clínico como exemplo: GCS (Escala de Comas de Glasgow), Escala de Lower para a força muscular, Índice de Barthel para avaliar o nível de independência, Escala Cognitiva Rancho los Amigos, Mini Mental State Examination para avaliação da memória e a MIF para avaliar a independência funcional (Tate, 2010).



## **4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

De acordo com a OE (2010), o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (OE, 2010, p.1). A sua intervenção ao longo do ciclo de vida permite “assegurar acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção de capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (OE, 2010, p.1).

Segundo o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação “a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação incorpora os resultados de investigação, as orientações de boas práticas de cuidados de enfermagem baseados na evidência” (OE, 2011, p.5). Seguindo estas orientações, a metodologia deste projeto compreende uma pesquisa da melhor evidência incorporando os resultados de investigação.

### **4.1 - Planeamento e metodologia de trabalho**

O plano metodológico de trabalho é uma etapa fundamental que segue um procedimento sistemático, onde são delineadas atividades e estratégias que permitem o cumprimento dos objetivos propostos no desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados especializados em enfermagem. Deste modo “o facto de esta metodologia se centrar na resolução de problemas introduz uma dinâmica integradora e de síntese entre a teoria e a prática” (Leite, Malpique e Santos, 2001, p. 77).

A nível de metodologia de pesquisa iniciou-se com pesquisa no google académico de conceitos, consulta e leitura de teses e artigos potencialmente relevantes, e referenciais teóricos do trabalho em livros de autor e revistas especializadas consultados na biblioteca da ESEL. Foi realizada pesquisa na EBSCO, nomeadamente nas bases de dados Cinahl e Medline. Foram usados os descritores: *Traumatic brain injury; consciousness; sensory stimulation, neuronal plasticity*. A pesquisa foi feita para artigos em inglês e português, com os operadores booleanos “and” e “or” Os critérios de inclusão foram: estudos com menos de 5 anos, e faixa etária: adultos. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo e sem full text, artigos que após a leitura do resumo não corresponderam ao tema no âmbito do trabalho. Foram extraídos no total 78 artigos da MEDLINE e 30 da CINAHL. Estes foram submetidos a uma análise através da leitura do título

e abstract e selecionados 14 para leitura de full text. No total foi considerado elegível para a revisão um total de 4 artigos.

De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade:

a) o enfermeiro especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2011, p.2).

A elaboração deste projeto surge exatamente desta minha necessidade de intervenção na temática sobre a qual ele se insere, na procura de respostas e assim poder conceber um plano de intervenção sensorial regulada a pessoa com TCE.

Ao longo deste percurso foram realizadas sessões de orientação tutorial com a Professora Vanda Marques Pinto, que através do seu conhecimento e experiência foi essencial ao orientar-me na procura de linhas orientadoras para a planificação e realização deste projeto.

## **4.2 – Definição de objetivos**

No contexto da elaboração de um projeto de formação e no desenvolvimento de competências comuns e específicas enunciadas pela OE, elaborei dois objetivos gerais:

- Compreender a forma como a estimulação sensorial regulada pode contribuir na reabilitação da pessoa com TCE;
- Desenvolver competências na intervenção do EEER que promovam o processo de reabilitação física, cognitiva e social.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Conhecer e integrar a equipa multidisciplinar nos locais de ensino clínico e a sua dinâmica funcional, identificando a intervenção do EEER;
- Desenvolver uma prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, assente sobre princípios éticos, numa prática baseada na evidência e centrada na pessoa;
- Conceber planos de intervenção no domínio da enfermagem de reabilitação;

- Desenvolver competências e intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação de modo a maximizar as capacidades funcionais da pessoa;
- Compreender de que forma o EEER favorece o processo de reabilitação da pessoa com TCE, com alteração cognitiva;
- Compreender e analisar o impacto da estimulação sensorial regulada na reabilitação à pessoa com TCE;
- Compreender a importância da estimulação sensorial regulada na promoção do conforto;
- Analisar e refletir sobre o meu desempenho na prestação de cuidados de reabilitação no âmbito dos locais de ensino clínico.

#### **4.3 - Instituições envolvidas e justificação da escolha**

As instituições envolvidas para a aplicação e desenvolvimento de competências de especialista adquiridas e do projeto desenvolvido tendo em conta os seus objetivos são [REDACTED]

O estágio terá início a partir de três de outubro. Irá ter a duração de 250 horas em cada unidade, e será primeiramente iniciado no [REDACTED] e após este na [REDACTED]. No decorrer deste projeto numa fase inicial foi realizada visita ao local de estágio e realizadas entrevistas aos enfermeiros chefes de modo a compreender a estrutura e dinâmica das instituições, população alvo e outros assuntos que achámos pertinentes. O guião elaborado para esse efeito encontra-se em apêndice tendo servindo apenas de guia através de realização de perguntas abertas (Apêndice III).

O critério para a escolha do [REDACTED] foi por ser uma unidade muito conceituada, que recebe doentes do foro neurológico, a qual inclui doentes pós TCE que é o foco do meu projeto. A entrevista foi realizada à enfermeira responsável pela formação, que acumula com a chefia da unidade de atividades de vida diária.

O objetivo da instituição é reabilitar pessoas com deficiência de predomínio motor ou multideficiência, quer congénita quer adquirida, de qualquer idade. Abarca igualmente a área

da formação de profissionais, investigação na área da prevenção e tratamento da deficiência e desenvolvimento de novas áreas de apoio à investigação.

O [REDACTED] tem capacidade para 150 camas de internamento estando dividido em três serviços, de acordo com a patologia e regime de prestação etário, sendo um dos serviços de pediatria. Os utentes provem a partir do acordo com instituições hospitalares pertencentes à Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo ou por internamento privado. O serviço onde vou desenvolver o estágio é o Serviço 3 de adultos, que está dividido em 2 alas com 34 camas cada. Recebe essencialmente doentes que sofreram AVC e doenças neurológicas degenerativas, TCE e amputados.

O segundo momento do ensino clínico será realizado na [REDACTED]. O critério de escolha foi de ser uma unidade gerida e constituída na sua totalidade por enfermeiros especialistas, e que me permitirá desenvolver competências na área da reabilitação na comunidade e surge como oportunidade de poder desenvolver o meu projeto envolvendo o doente no seu meio familiar em estrita relação com a família. Foi realizada visita à UCC e entrevista à enfermeira chefe.

A UCC é parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED]. A área geográfica de influencia da UCC abrange um total de 60331 residentes, correspondendo às freguesias da [REDACTED] segundo o relatório de atividades de 2015. A equipa de cuidados continuados integrados, é constituída por 4 EEER, com uma distribuição de 5 a 6 pessoas por enfermeiro. Prestam cuidados de reabilitação às pessoas segundo programas instituídos com objetivos, integrando o cuidador no plano através de ensinamentos e prevenção. Existe apoio de médico e de assistente social. Tem um horário das 8-20h. A população alvo é maioritariamente envelhecida e as patologias mais comuns são o acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica, prótese total da anca e doenças neurológicas. Dentro dos programas de Reabilitação, que tem duração média de três meses é salientado a importância da formação dos cuidadores informais, na gestão do ambiente, prevenção de sequelas e gestão terapêutica.

## **5. PLANIFICAÇÃO E PREPARAÇÃO DAS ATIVIDADES DO PROJETO**

Tendo em consideração a temática a desenvolver neste projeto de estágio, torna-se necessário o planeamento de uma série de atividades que possam dar resposta às necessidades formativas de acordo com os objetivos gerais e específicos, integrados nas competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER. Como tal foi elaborado um plano de atividades, onde se inclui os domínios e competências do EEER, objetivos específicos, recursos, indicadores e critérios de avaliação, sendo apresentado apêndice (Apêndice IV).

A delimitação temporal do desenvolvimento do projeto e sua aplicação oque terá lugar durante o período de ensino clínico foi transposto para cronograma estando disponível em apêndice (Apêndice V).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste projeto surge como um grande desafio o qual abracei com bastante gosto. A sua realização permite ter um guia orientador que será de importância fulcral para o meu desempenho no ensino clínico de acordo com a temática escolhida, de modo a que os objetivos propostos sejam atingidos.

A sua importância é vital, pois permitiu o desenvolvimento e planeamento de atividades a desenvolver, servindo igualmente de ponto de partida para a elaboração do relatório de estágio, embora exista sempre a incerteza na sua aplicação, face às necessidades com que serei confrontar no campo de estágio, mas passível de flexibilidade para alterar e ajustar, face ao contexto. Mas é perante esta exigência que irei abarcar novas competências e aprendizagens que serão essenciais para a contínua construção do “eu” como pessoa e como EEER.

A temática desenvolvida surge como um enorme desafio, no desbravar de novos conhecimentos, novos pontos de vista e realidades, num tema de uma inquietante necessidade de ser desenvolvido e divulgado, face à importância da estimulação sensorial na pessoa e a sua importância para uma regulação do distúrbio cognitivo e potenciar uma reeducação funcional mais célere.

Apesar de ser um caminho difícil, numa área complexa, num tema pouco desenvolvido especialmente em relação ao TCE, mas ao mesmo tempo estimulante, descobrindo algo novo todos os dias, e embora sinta que esteja ainda no início, e que o caminho será longo, o desafio faz parte da vida, pois não é na acomodação ou ostracismo que o caminho do desenvolvimento pessoal e profissional é trilhado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andelic, N., Sigurdardottir, S., Sveen, U., Tornas, S. (2011). Does an early onset and continuous chain of rehabilitation improve the long-term functional outcome of patients with severe traumatic brain injury?. *Journal of trauma*. DOI:10.1089/neu.2011.1811.
- Barbier, JM. (1993). *Elaboração de projectos de ação e planificação*. Porto Editora. ISBN 972-0-34106-8
- Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall, o cérebro ao serviço do comportamento humano*. Portugal: McGraw-Hill. ISBN:972-773-034-5.
- Down, Therèse. (2004). *Teoria do conforto*. In Tomey, A. M., Alligood, M. R. *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência. ISBN972-8383-74-6.
- Elliott, M., Parente, F. (2014). Efficacy of memory rehabilitation therapy: a meta-analysis of TBI and stroke cognitive literature. *Brain Injury*, 28(12):1610-1616. DOI:10.3109/02699052.2014.934921.
- Ferro, J., Pimentel, J. (2006). *Neurologia - Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel -Edições Técnicas, Lda. ISBN:978-972-757-368-4.
- Habib, M. (2003). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN:972-8449-59-3.
- Kolkaba, K. (2003). *Comfort theory and practice, a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing. ISBN:0-8261-1663-7.
- Larson, E. B., Ramaiwa, M., Zoolman, F. S., Pacini, S., Hsu, N., Patton, J. L., Dvorkin, A. Y. (2010). Tolerance of virtual reality interventions for attention remediation in persons with severe TBI. *Brain Injury*, 25(3):274-281. DOI:10.3109/02699052.2010.551648
- Leite, E., Malpique, M., Santos, M. R. (1991) *Trabalho de projecto 1. aprender por projectos centrados em problemas*. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0216-4
- Martins, I. P. (2006). *Função cognitiva*. In: Ferro, J., Pimentel, J. (2006). *Neurologia - Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda. ISBN:978-972-757-368-4.

- Megha, M., Harpreet, S., Nayeem, Z. (2013). Effect of frequency of multimodal coma stimulation on the consciousness levels of traumatic brain injury comatose patients. *Brain Injury*, 27(5):570-577. DOI 10.3109/02699052.2013.767937
- Monteiro, A. C., Oliveira, C., Pereira, C., Almeida, J., Santos, J., Damas., David, S., Cardoso, T. (2013). *A oculta face do coma-o despertar da consciência*. Loures: Lusociência. ISBN978-989-748-001-0.
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., Antunes, J. L. (2012). Traumatismo Crânio-encefálico: Abordagem Integrada. *Acta médica portuguesa* 2012;25(3):179-192.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de competências específicas em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE versão2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 19/07/2016, Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>
- Padilla, R., Domina, A. (2016). Effectiveness of sensory stimulation to improve arousal and alertness of people in a coma or persistente vegetative state after traumatic brain injury: a systematic review. *American journal of occupational therapy*, volume 70 number 3. DOI: 10.5014/ajot.2016.02.1022.
- Pinto, V. M. (2014). *Coma, provocar a consciência num movimento de espiral*. Loures: Lusodidacta. ISBN:978-989-8075-42-0.
- Santos E. S., Sousa, L., Castro-Caldas, A. (2001). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta médica portuguesa* 2003; 16, 71-76.
- Sohlberg, M. M., Mateer, C. A.(2015). *Reabilitação cognitiva-Uma abordagem neuropsicológica integrada*. São Paulo: Santos Editora. ISBN 978-85-7288-704-5
- Spitz, G., Ponsford, J.L., Rudzki, D., Maller,J.J.(2012).Association between cognitive performance and functional outcome following traumatic brain injury:a longitudinal Multilevel examination. *Neuropsychology*, Vol.26, No.5.604-612. DOI:10.1037/a0029239.

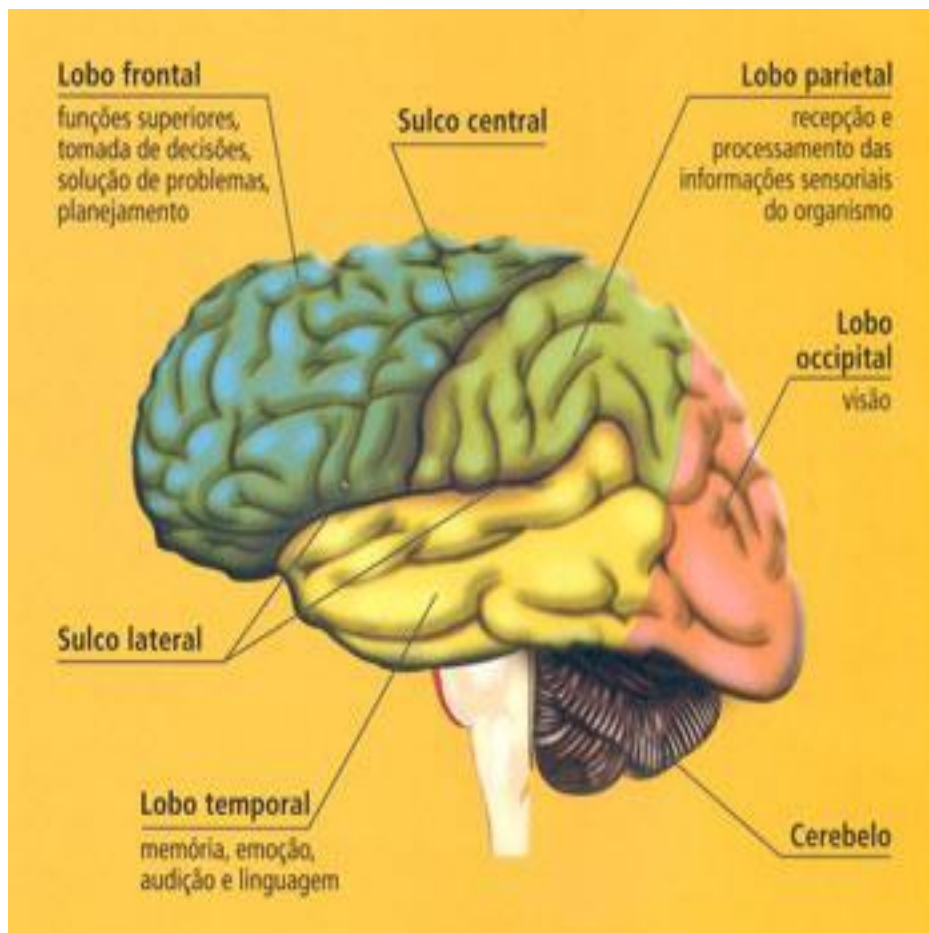


Tate, R. L. (2010). *A compendium of tests, scales and questionnaires: the practitioner's guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. New York: Psychology Press. ISBN: 978-1-84169-561-7.

World Health Organization (2004). *Guidelines for essential trauma care*. Geneva: World Health Organization. ISBN 92-4-154640-9.



**ANEXO I – CORRELAÇÃO ANATÔMICA COM FUNÇÕES  
CEREBRAIS**



Fonte: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=57>



## **APÊNDICE I – Sistemas de memória**

Memória Primária (curto prazo, inclui memória de trabalho).	retém informação durante um curto espaço de tempo.
Memória declarativa, ou explícita ou de longo termo (episódica e semântica).	<p>Presente na nossa consciência.</p> <p>Semântica (contém informação retida recente ou antiga, inclui linguagem e conhecimentos implícitos do que nos rodeia</p> <p>Episódica (caracter autobiográfico, episódios vividos, que podem ser evocados).</p>
Memória não-declarativa ou de procedimentos.	Permite que realizemos as nossas ações motoras de forma automatizada e de forma quase inconsciente. Pouco acessíveis à consciência. Resistem ao esquecimento.
Memória perceptiva e priming	Tipo de memórias não conscientes, servindo para julgamentos de familiaridade, forma padrões, permite assim reconhecer determinada informação facilmente.

Adaptado de Ferro & Pimentel (2006)

## **APÊNDICE II - Mecanismos de neuroplasticidade após lesão cerebral**



MECANISMOS	DESCRIÇÃO
Diaschisis	Existe (às vezes temporariamente perda de função de áreas remotas de uma área lesada, porém neuronalmente conectadas a ela.
Reorganização funcional	O recrutamento de circuitos neurais muito diferentes ou remotos permitem que um dado comportamento ocorra, talvez mediante maneiras diferentes.
Modificação da conectividade sináptica	Os neurónios restantes desenvolvem novos dendritos (ou ramos dendríticos) para receber informação de outro neurónio em circuito ou de um circuito mais distante
Influências no circuito neural	Estímulos sensoriais estruturados podem aumentar a conectividade dos circuitos neurais parcialmente desconetados; o treinamento, da autoconscialização pode diminuir a ativação do circuito, se esta diminuição for acentuada.
Impacto da competição interhemisférica	Dano a um lado do cérebro altera o equilíbrio natural do funcionamento, como aquele do hemisfério não acometido que inibe as funções preservadas ou em recuperação do hemisfério lesado.

Adaptado de Sohlberg, Mateer (2015)

### **APÊNDICE III – Guião de entrevista nos locais de estágio**

**Guião de Entrevista**

UCC XXXXXXXXXX

Área	Perguntas
Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação</li> <li>• Apresentação dos objetivos da visita/entrevista</li> <li>• Obtenção de consentimento</li> </ul>
Caraterização do serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual é a missão do serviço?</li> <li>• Descreva o espaço físico do serviço?</li> <li>• Caracterize os equipamentos disponíveis para a prestação de cuidados (sua adequação, numero e estado de conservação)?</li> <li>• Como é constituída a equipa multidisciplinar?</li> <li>• Com que outros serviços/ departamentos se articulam mais regularmente?</li> <li>• Como são os horários que funciona a UCC?</li> <li>• Como é que os doentes são referenciados (rede, consultas)? De onde provem? Que protocolos e acordos entre instituições existem?</li> <li>• A UCC possui outra estruturas de apoio na comunidade? Com quais interage mais?</li> </ul>
Gestão de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem?</li> <li>• Qual é o método de trabalho em enfermagem do serviço e como está organizada a equipa?</li> <li>• Quantos desses elementos são enfermeiros generalistas?</li> <li>• Quantos desses elementos são enfermeiros em ER?</li> <li>• Como se articulam os EER com os enfermeiros generalistas?</li> <li>• Como é realizada a articulação entre a equipa multidisciplinar?</li> </ul>
Caraterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterize a população de cuidados? (faixa etária, tipo de patologia que sofrem/sofreram, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, condições socioeconómicas e habitacionais).</li> <li>• Que necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação são mais frequentes na população assistida?</li> <li>• Qual o tempo médio de follow-up em domicílio?</li> </ul>
Avaliação dos utentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais são os critérios de para acompanhamento pela UCC? Quem é responsável? Como é articulado entre as instituições de onde vem referenciados?</li> <li>• Em que momentos e segundo que instrumentos são avaliados os doentes na sua necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação?</li> </ul>

Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais os critérios tidos em conta na distribuição para EEER?</li> <li>• Como o é feito e qual o numero de utentes distribuído?</li> <li>• Como procede ao planeamento dos cuidados?</li> <li>• De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento?</li> <li>• Os cuidados são planeados com base em algum modelo?</li> <li>• São utilizados planos de cuidados? Quem participa na sua elaboração?</li> <li>• Qual a cobertura da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação durante o horário de funcionamento da UCC?</li> <li>• Quais as funções atribuídas ao EEER?</li> <li>• Qual a relevância da enfermagem de reabilitação na equipa?</li> <li>• Que ganhos identifica junto da equipa, utentes e na gestão do serviço?</li> </ul>
Continuidade de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como é que o EER avalia a sua intervenção, que indicadores utiliza?</li> <li>• Como são realizados os registos de enfermagem de reabilitação?</li> <li>• De que forma a família dos utentes é envolvida no plano de reabilitação?</li> <li>• Como é decidida a alta, qual o papel do EEER nessa decisão e como é encaminhado o utente? Que articulação é feita família e com a comunidade?</li> </ul>
Autonomia, organização do trabalho e relação interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como o EER organiza o seu trabalho ao longo do dia e que tipo de atividades são prioritárias?</li> <li>• Como o EER articula a sua intervenção com a restante equipa de enfermagem e com elementos de outros grupos profissionais? (quais e de que forma é feita a articulação)</li> <li>• Existe algum planeamento conjunto relativamente a planos de intervenção para cada utente?</li> <li>• Quais são as maiores dificuldades que sente, tendo em conta o atual estado do país, a nível da gestão dos variados recursos bem como carências da população e que estratégias usa para lidar com essas dificuldades?</li> </ul>
Outras atividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o envolvimento dos EEER na formação do serviço?</li> <li>• Que outras funções o EEER desempenha no serviço?</li> <li>• Existe no serviço/instituição algum projeto de melhoria continua dos cuidados implementados ou em implementação? Que áreas existe maior carência?</li> </ul>
Fim da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agradecimento pela entrevista dada.</li> </ul>

**GUIÃO DE ENTREVISTA**

CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO [REDACTED]

ÁREA	PERGUNTAS
<b><u>LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação</li> <li>✓ Apresentação dos objetivos da visita/entrevista</li> <li>✓ Obtenção de consentimento</li> </ul>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a missão do serviço?</li> <li>• Quanto ao espaço físico, o que a instituição contempla?</li> <li>• Que valências / serviços diferenciados estão disponíveis?</li> <li>• Quais os critérios de referência para admissão dos utentes? (condições de acesso)</li> <li>• Qual a proveniência dos utentes? Qual a população abrangida?</li> <li>• Qual a faixa etária dos utentes e patologias mais frequentes?</li> <li>• Qual a taxa de ocupação dos serviços?</li> <li>• Qual o horário das visitas?</li> <li>• Como é constituída a equipa multidisciplinar?</li> <li>• Qual o horário de trabalho que é praticado?</li> <li>• O internamento é contínuo ou existe possibilidade de ir no fim-de-semana ao domicílio? Em que circunstâncias?</li> <li>• Existem utentes em programa de reabilitação em ambulatório ou apenas internamento? Que tipo de situações?</li> </ul>
<b><u>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? E quantos são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação?</li> <li>• O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros especialistas? Se sim, porquê e como?</li> <li>• Como são distribuídos os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação pelos turnos?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que funções assume o Enfermeiro de Reabilitação no serviço?</li> <li>• Qual o número de utentes atribuídos/distribuídos ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação? Quais os critérios? Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> </ul>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o tempo médio de internamento dos utentes?</li> <li>• Quais as características da população que o serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, compromissos sensório-motores, condições socioeconómicas)</li> <li>• Na área sensório-motora, existe alguma predominância de patologia?</li> <li>• Qual a incidência de utentes com LVM e TCE?</li> <li>• Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?</li> </ul>
<b><u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De que forma o utente participa (ou não) no planeamento dos cuidados?</li> <li>• O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa?</li> <li>• Apenas presta cuidados aos utentes do serviço ou dá apoio a outros serviços?</li> <li>• Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação?</li> <li>• Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação?</li> <li>• Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados?</li> <li>• Vê impacto de resultados consoante a adesão / envolvimento da pessoa aos cuidados?</li> <li>• Como a família é incluída nos cuidados planeados?</li> </ul>
<b><u>AUTONOMIA, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa? (Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional/ Terapeuta da Fala/ Nutricionista)</li> <li>• Como prepara a alta do utente para o regresso ao domicílio? Qual o papel e importância do Enfermeiro de Reabilitação na decisão da alta do utente?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Existe alguma parceria/ articulação de cuidados com a comunidade na preparação e no momento da alta?</li><li>• Como articula a continuidade de cuidados?</li><li>• Existem programas de reabilitação que tenham iniciam no internamento e continuidade após alta?</li><li>• O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?</li></ul>
<b><u>FIM DA ENTREVISTA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agradecimento pela entrevista</li></ul>

## **APÊNDICE IV – Planejamento e avaliação das atividades**



Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critério de avaliação
<p>A- DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenções.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidade profissionais.</p> <p>B- DOMÍNIO DA MELHORIA E QUALIDADE.</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>C- DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.</p> <p>C1. Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e os seus colaboradores e a</p>	<p><b>Conhecer e integrar a equipa multidisciplinar nos locais de ensino clínico e a sua dinâmica funcional, identificando a intervenção do EEER.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião e entrevista com Enf.<sup>a</sup> Chefe e/ou EEER da UCCI-Alcântara e CRA 3º piso Adultos;</li> <li>• Observação da estrutura física do serviço, dinâmica de funcionamento e sua organização;</li> <li>• Realização de consulta manuais de serviço e protocolos;</li> <li>• Apresentação do projeto de formação à instituição na pessoa do Enf.Chefe e ao EEER orientador clínico;</li> <li>• Observação e participação nas atividades desenvolvidas pelo EEER orientador;</li> <li>• Observação e identificação do processo de articulação com a equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<p><u>FISICOS:</u></p> <p>-CMRA</p> <p>-UCC Alcântara.</p> <p><u>HUMANOS:</u></p> <p>-EEER orientador;</p> <p>-Enfermeira chefe;</p> <p>-Equipa de enfermagem;</p> <p>-Equipa multidisciplinar,</p> <p>-Docente orientador.</p> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <p>-Normas, protocolos e projetos para consulta no local de ensino clínico,</p> <p>-Consulta de documentos do serviço/instituição.</p>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <p>✓ Ter realizado entrevista e observação dos locais de estágio;</p> <p>✓ Ter realizado breve caracterização do serviço;</p> <p>✓ Ter apresentado o projeto de formação à instituição na pessoa do Enf. Chefe e ao EEER orientador;</p> <p>✓ Ter conhecido os elementos que compõem a equipa multidisciplinar;</p> <p>✓ Ter conhecido manuais de serviço, protocolos formais e informais do serviço e indicadores;</p> <p><u>CRITÉRIOS:</u></p> <p>✓ Conhece a dinâmica organizacional e metodologia de prestação de cuidados;</p> <p>✓ Identifica o processo de articulação e dinâmica da equipa multidisciplinar.</p>

articulação com a equipa multidisciplinar. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos à situação e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.				
---	--	--	--	--

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A- DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenções.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidade profissionais.</p> <p>B- DOMÍNIO DA MELHORIA E QUALIDADE</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade.</p>	<p><b>Desenvolver uma prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, assente sobre princípios éticos, numa prática baseada na evidência e centrada na pessoa.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica em autores de referência e pesquisa em base de dados;</li> <li>• Interpretação dos dados provenientes da evidência de pesquisa;</li> <li>• Reflexão sobre a prática e planeamento, elaboração de intervenções e a avaliação dos cuidados à luz do processo de enfermagem em parceria com a pessoa/família;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação tendo em conta: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Respeito pela ética e o código deontológico;</li> <li>-Cumprimento do exercício profissional;</li> <li>-Respeito pelas crenças e direitos humanos.</li> </ul> </li> </ul>	<p><u>FISICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CMRA</li> <li>-UCC Alcântara.</li> <li>-ESEL</li> </ul> <p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-EEER orientador;</li> <li>-Enfermeira chefe;</li> <li>-Equipa de enfermagem;</li> <li>-Equipa multidisciplinar;</li> <li>-Pessoa, família e cuidadores;</li> <li>-Docente orientador.</li> </ul> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Literatura e base de dados</li> <li>- Consulta de documentos do serviço/instituição.</li> </ul>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ter realizado pesquisa bibliográfica (documentos orientadores da OE, pesquisa em base de dados)</li> <li>✓ Ter baseado os cuidados na melhor evidência possível;</li> <li>✓ Ter realizado reflexões sobre a prática e as limitações identificadas;</li> <li>✓ Ter desenvolvido estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa, família., grupos e comunidade.</li> </ul> <p><u>CRITÉRIOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interpreta e organiza dados permitindo uma melhor articulação entre conhecimento e prática;</li> <li>✓ Toma decisões e age de acordo com princípios éticos respeitando o código deontológico;</li> <li>✓ Respeita crenças e valores da pessoa/família na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critério de avaliação
<p><b>B- DOMÍNIO DA MELHORIA E QUALIDADE.</b></p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática.</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p><b>Conceber planos de intervenção no domínio da enfermagem de reabilitação.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Avaliar a pessoa através de escalas/instrumentos de medida a nível cognitivo, sensorial, motor, -respiratório, alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade;</li> <li>• Recolher informação pertinente da pessoa e família;</li> <li>• Elaborar de planos de intervenção individualizados para redução de risco e reeducação funcional medida a nível cognitivo, sensorial, motor, -respiratório, alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade;</li> <li>• Envolver a pessoa/família numa relação de parceria;</li> <li>• Adequar plano de intervenção conforme resultados esperados e metas a atingir.</li> </ul>	<p><u>FISICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CMRA;</li> <li>-UCC</li> </ul> <p>Alcântara,</p> <p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-EEER orientador;</li> <li>-Equipa de enfermagem;</li> <li>- Docente orientador.</li> <li>-Pessoa, família e cuidadores.</li> </ul> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Processo clínico,</li> <li>- Escalas e instrumentos de avaliação (escala coma de Glasgow, escala de Lower, escala de Ashworth modificada, índice de Barthel);</li> <li>-Literatura e base de dados</li> <li>-Materiais de apoio.</li> </ul>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ter consultado bibliografia (sobre instrumentos de avaliação, planeamento e conceção de planos de intervenção);</li> <li>✓ Ter realizado avaliação da pessoa através de escalas/instrumentos de medida;</li> <li>✓ Ter elaborado planos de intervenção individualizados, tendo em conta a avaliação de necessidades de intervenção do EEER;</li> <li>✓ Ter envolvido a participação da pessoa, família., grupos e comunidade em parceria na elaboração do plano de intervenção.</li> </ul> <p><u>CRITÉRIOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mobiliza conhecimentos atualizados e adequados à atuação do EEER;</li> <li>✓ Concebe um plano de intervenção individualizado e adequado a cada pessoa;</li> <li>✓ Promove o envolvimento da pessoa, família., grupos e comunidade na conceção do plano de intervenção;</li> </ul>

				✓ Reflete e analisa sobre resultados atingidos e reformula plano de intervenção conforme as necessidades da pessoa/família.
--	--	--	--	---

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critério de avaliação
<p>B- DOMÍNIO DA MELHORIA E QUALIDADE.</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade.</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática.</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p><b>Desenvolver competências e intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação de modo a maximizar as capacidades funcionais da pessoa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa Bibliográfica;</li> <li>• Identificação de alterações a nível cognitivo, sensorial, motor, - respiratório, alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade;</li> <li>• Elaboração de programas de treino na área da Enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Executar técnicas específicas de Enfermagem de reabilitação articulando a RFR e RFM, sensorial e cognitiva;</li> <li>• Capacitar a pessoa e/ou familiar para a execução de atividades de acordo com as suas necessidades,</li> <li>• Promover a adesão ao plano de intervenção;</li> <li>• Fornecer informação sobre atividades implementadas;</li> <li>• Prescrever e ajudar na seleção de ajudas técnicas;</li> <li>• Avaliar e reformula os programas de reabilitação de acordo com os resultados esperados.</li> </ul>	<p><u>FISICOS:</u></p> <p>-CMRA</p> <p>-UCC Alcântara</p> <p><u>HUMANOS:</u></p> <p>-EEER orientador;</p> <p>-Equipa de enfermagem;</p> <p>- Docente orientador.</p> <p>-Pessoa, família e cuidadores.</p> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <p>-Processo clínico,</p> <p>- Escalas e instrumentos de avaliação (escala coma de Glasgow, escala de Lower, escala de ashworth modificada, índice de Barthel);</p> <p>-Literatura e base de dados</p> <p>-Materiais de apoio.</p> <p>.</p>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <p>✓ Ter consultado bibliografia (sobre RFM, RFR, ajudas técnicas);</p> <p>✓ Ter identificado alterações sensorio motoras e respiratórias através de instrumentos de avaliação;</p> <p>✓ Ter executado e desenvolvido intervenções especializadas no âmbito da RFR, RFM, treino sensorial e cognitivo;</p> <p>✓ Ter envolvido a pessoa, família, grupos e comunidade no programa de reabilitação e atividades prescritas.</p> <p><u>CRITÉRIOS:</u></p> <p>✓ As intervenções de enfermagem são adequadas à pessoa/família;</p> <p>✓ Capacita a pessoa e/ou familiar para a execução de atividades de acordo com as suas necessidades;</p> <p>✓ Identifica resultados das intervenções na recuperação total/parcialmente as suas funções ou encontrado soluções</p>

				<p>adaptativa e prevenido sequelas;</p> <p>✓ Promove o bem-estar e conforto na pessoa/família.</p>
--	--	--	--	--

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critério de avaliação
<p>B- DOMÍNIO DA MELHORIA E QUALIDADE.</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria de qualidade.</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p><b>Compreender de que forma o EEER favorece o processo de reabilitação da pessoa com TCE, com alteração cognitiva.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Identificação de alteração sensório cognitiva através da avaliação neurológica e aplicação de instrumentos de medida;</li> <li>• Elaboração de um plano de intervenção;</li> <li>• Envolver a família no processo de compreensão de deficit cognitivo;</li> <li>• Elaboração de estratégias de compensação e recuperação do deficit cognitivo, junto da pessoa com TCE e família;</li> </ul>	<p><u>FISICOS:</u></p> <p>-CMRA</p> <p>-UCC</p> <p>Alcântara</p> <p><u>HUMANOS:</u></p> <p>-EEER orientador;</p> <p>-Equipa de enfermagem;</p> <p>- Docente orientador;</p> <p>-Pessoa, família e cuidadores.</p> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <p>-Processo clinico;</p> <p>- Escalas e instrumentos de avaliação;</p> <p>-Material para avaliação neurológica;</p> <p>-Literatura e base de dados;</p> <p>-Materiais de apoio.</p>	<p><u>INDICADORES</u></p> <p>✓ Ter consultado bibliografia (avaliação neurológica e suas escalas);</p> <p>✓ Ter realizado avaliação neurológica e aplicação de instrumentos de medida identificando alterações sensório-cognitivas (GCS, escala rancho los amigos);</p> <p>✓ Ter elaborado programa de intervenção;</p> <p>✓ Ter envolvido os familiares no programa de intervenção;</p> <p>✓ Ter encontrado estratégias adequadas para a compensação/recuperação de deficits cognitivos.</p> <p><u>CRITÉRIOS:</u></p> <p>✓ Identifica as alterações sensório-cognitivas e elabora estratégias para compensação e recuperação do deficit cognitivo;</p> <p>✓ Promove a compreensão da família dos deficits que a pessoa apresenta e envolve no processo de recuperação;</p> <p>✓ Avalia a recuperação ou compensação dos deficits cognitivos.</p>



domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critério de avaliação
<p>B- DOMÍNIO DA MELHORIA E QUALIDADE.</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria de qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p><b>Compreender e analisar o impacto da estimulação sensorial regulada na reabilitação à pessoa com TCE.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Identificação de alteração sensório cognitiva através da avaliação neurológica e aplicação de instrumentos de medida;</li> <li>• Elaboração de um plano de intervenção de estimulação sensorial regulada;</li> <li>• Envolver a família no plano de estimulação sensorial regulada;</li> <li>• Promoção de um ambiente enriquecido;</li> </ul>	<p><u>FISICOS:</u></p> <p>-CMRA</p> <p>-UCC</p> <p>Alcântara</p> <p><u>HUMANOS:</u></p> <p>-EEER orientador;</p> <p>-Equipa de enfermagem;</p> <p>- Docente orientador;</p> <p>-Pessoa, família e cuidadores.</p> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <p>-Processo clínico,</p> <p>- Escalas e instrumentos de avaliação</p> <p>-Material para avaliação neurológica;</p> <p>-Literatura e base de dados</p> <p>-Materiais sensoriais e multissensoriais de apoio( que incluam objetos pessoais, aromas</p>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <p>✓ Ter consultado bibliografia (sobre ESR, programas e atividades de estimulação sensorial);</p> <p>✓ Ter realizado avaliação neurológica e aplicação de instrumentos de medida identificando alterações sensório-cognitivas;</p> <p>✓ Ter elaborado um programa de intervenção;</p> <p>✓ Ter envolvido a família. no programa de intervenção;</p> <p>✓ Ter realizado atividades de estimulação sensorial reguladas.</p> <p><u>CRITÉRIOS</u></p> <p>✓ Identifica as alterações sensório-cognitivas e elabora plano de intervenção de estimulação sensorial regulada;</p> <p>✓ Compreende e analisa os resultados da ESR na pessoa;</p> <p>✓ Sensibiliza a família em como a estimulação sensorial regulada interfere no processo de recuperação sensório cognitivo após implementação de programa de estimulação sensorial.</p>

			familiares, tablet, espelho, musica, fotografias).	
--	--	--	---	--

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critério de avaliação
<p>B- DOMÍNIO DA MELHORIA E QUALIDADE.</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria de qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>.</p>	<p><b>Compreender a importância da estimulação sensorial regulada na promoção do conforto.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Realização de acolhimento e colheita de dados na admissão, durante o internamento ou comunidade;</li> <li>• Usar instrumentos de avaliação de conforto, sinais físicos de conforto/desconforto, sinais vitais e como se manifestam fisicamente antes, durante e após intervenções;</li> <li>• Promover um ambiente calmo e familiar à pessoa;</li> <li>• Promover um ambiente enriquecido e estímulos sensoriais a nível de perceção e dos sentidos;</li> <li>• Sensibilização da família para as necessidades de conforto na pessoa e participação nas atividades sensoriais.</li> </ul>	<p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CMRA</li> <li>-ECCI</li> <li>Alcântara</li> </ul> <p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-EEER orientador;</li> <li>-Equipa de enfermagem;</li> <li>- Docente orientador;</li> <li>-Pessoa, família e cuidadores.</li> </ul> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Processo clínico;</li> <li>- Escalas e instrumentos de avaliação;</li> <li>-Material para avaliação neurológica;</li> <li>- Folha de registos;</li> <li>-Literatura e base de dados;</li> <li>-Materiais de apoio.</li> </ul>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ter consultado bibliografia;</li> <li>✓ Ter realizado colheita de dados e conhecer preferências e hábitos da pessoa;</li> <li>✓ Ter usado instrumentos de avaliação de conforto e avaliado facis e linguagem não verbal;</li> <li>✓ Ter promovido ambiente enriquecido regulado;</li> <li>✓ Ter realizado estimulação sensorial controlada e perceção e avaliação das suas manifestações externas;</li> <li>✓ Ter a família participado nas atividades sensoriais.</li> </ul> <p><u>CRITÉRIOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Compreende como o EEER promove o conforto através da ESR;</li> <li>✓ Compreende a importância da avaliação do conforto através de instrumentos de avaliação e observação;</li> <li>✓ Sensibiliza a família da importância da promoção do conforto.</li> </ul>

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critério de avaliação
<p>A- DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenções.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>D- DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DE APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.</p> <p>D1- Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clinica em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p><b>Analisar e refletir sobre o meu desempenho na prestação de cuidados de reabilitação no âmbito dos locais de ensino clinico.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de duvidas com EEER orientador para esclarecimento de duvidas e/ou incidentes ocorridos;</li> <li>• Realização de exercício de reflexão;</li> <li>• Análise critica de aprendizagens diárias;</li> <li>• Identificar aspetos a desenvolver como pessoa e profissional, facilitando a aprendizagem.</li> </ul>	<p><b>FISICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CMRA</li> <li>-UCC</li> <li>Alcântara</li> <li>-ESEL.</li> </ul> <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-EEER orientador;</li> <li>-Equipa de enfermagem;</li> <li>- Docente orientador.</li> </ul> <p><b>MATERIAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Processo clinico;</li> <li>- Folha de registos;</li> <li>-Literatura e base de dados;</li> <li>- Reflexões escritas</li> <li>-Jornais de aprendizagem.</li> </ul>	<p><b>INDICADORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ter esclarecido duvidas e/ou incidentes ocorridos com o EEER orientador;</li> <li>✓ Ter realizado exercícios de reflexão e análise critica das aprendizagens.</li> </ul> <p><b>CRITÉRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identifico as dificuldades e aspetos a melhorar, utilizando a critica e orientação proferida;</li> <li>✓ Promovo novas aprendizagens baseado na reflexão e análise critica.</li> </ul>

## **APÊNDICE V – CRONOGRAMA**

Cronograma Atividades - Opção II - Projeto de Estágio - Fase de elaboração																		
	Semanas/Mês																	
	Março	Março	Abril	Abril	Abril	Abril	Maio	Maio	Maio	Maio	Junho	Junho	Junho	Junho	Junho	Julho	Julho	Julho
	21-27	28-03	04-10	11-17	18-24	25-01	02-08	09-15	16-22	23-29	30-05	06-12	13-19	20-26	27-03	04-10	11-17	18-22
Reunião OT																		
Leitura de artigos+ficha de leitura																		
Pesquisa BD+def. tema																		
Leitura de relatórios+teses																		
Análise das competências																		
Esboço RCL (ET) + Índice																		
Escolha da teórica+estudo																		
Sumário																		
Scoping Review																		
Plano actividades e métodos																		
Tarefas e resultados																		
Entrega proj. intercalar																		
Apresentação proj. intercalar																		
Reunião/entrevista CMRA																		
Reunião/entrevista UCC Alcântara																		
Revisão Final																		
Entrega proj. FINAL																		
Apresentação proj. FINAL																		

7º Curso de Especialização e Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2016

Escola superior de Enfermagem de Lisboa – ESEL

## Cronograma de implementação de objetivos

	Ano	2016														2017					
	Mês	Set	Out	Out	Out	Out	Out	Nov	Nov	Nov	Nov	Dez	Dez	Dez	Dez	Jan	Jan	Jan	Jan	Jan	Fev
	Dias	26-02	03-09	10-16	17-23	24-30	31-06	07-13	14-20	21-27	28-04	05-11	12-18	19-25	26-01	02-08	09-15	16-22	23-29	30-05	06-12
	Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			13	14	15	16	17	18
	Locais de Estágio																				
Objetivos específicos	1																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5																				
	6																				

7º Curso de Especialização e Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2016

Escola superior de Enfermagem de Lisboa – ESEL







# **7º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

## **Plano de Reabilitação**

**Luis Miguel Correia dos Santos**

Docente orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto

**Lisboa**

**2016**



## **AVALIAÇÃO INICIAL**

### **História de doença atual:**

A Sra. VC tem 46 anos, sexo feminino, caucasiana. Previamente independente nas atividades de vida diária.

No dia 4/8/2016 apresentou cefaleia intensa e alteração do estado de consciência enquanto frequentava o ginásio. Recorre ao serviço de urgência do Hospital [REDACTED]

Realiza TAC cranioencefálico que revela volumoso hematoma fronto-temporal esquerdo com herniação e inundação tetraventricular, tendo sido submetida a intervenção cirúrgica com drenagem do hematoma e craniectomia descompressiva, tendo o osso da calote craniana sido armazenado na parede abdominal a nível da fossa ilíaca direita.

A 25/8/16 foi transferida para o Hospital [REDACTED], após alta do serviço de neurocirurgia, mantendo seguimento em consulta externa, aguardando até à data marcação de cirurgia para realizar cranioplastia com osso autólogo.

Foi à consulta de avaliação no [REDACTED] a 15/9/16 tendo sido admitida a 28/9/2016.

Na avaliação à entrada segundo processo clínico, apresentava quadro de neuromotor de hemiparesia direita com movimentos ativos no membro superior e inferior direito com movimentos seletivos e força muscular grau 4 segundo a escala de Lower, bom equilíbrio sentado e pé, com controle de esfínteres.

Alterações visuomotoras e paresia facial central direita. Assume posição de pé com pequena ajuda e marcha a pequenos passos com supervisão.

### **Antecedentes pessoais:**

A Sra. VC. apresenta como antecedentes pessoais, hipertensão arterial e pé bato em ambos os pés operado aos cinco meses, sem perda de funcionalidade de ambos.

Desconhece alergias. Negação de hábitos e consumos de substâncias aditivas.

Regime medicamentoso instituído à entrada na instituição: deltaparina 5MU que parou a 6/10/2016, sene 1xd.

### **Dimensão sociofamiliar:**

A Sra. V. é casada, licenciada em gestão. encontra-se de baixa laboral e é católica não praticante.

Vive com o marido que trabalha no ramo automóvel, e filha de 16 anos estudante. Reside em apartamento 4º andar sem elevador. Possui saneamento básico e eletricidade. A casa de banho tem polibã. O número total de degraus na escada de acesso ao apartamento é de 70 degraus, com corrimão do lado esquerdo.

O marido surge como cuidador principal da utente. Quer a utente, quer a família tem perceção e conhecimento sobre o diagnóstico e estado geral da utente.

Não tem produtos de apoio técnico no domicílio.

Como ocupações recreativas gosta de ler, ver televisão e ir ao ginásio

Não foi aplicado instrumento de avaliação sociofamiliar, através da Escala de Gijon, por de momento estar institucionalizada em programa de reabilitação.

### **AValiação Neurológica (9/11/2016)**

#### **Estado de consciência:**

A Sra. V. encontra-se acordada, com resposta à estimulação verbal e tátil, bastante colaborante e participativa na avaliação e nas atividades propostas. Segundo avaliação da Escala de Coma de Glasgow apresenta score de 15 (O4, V5, M6).

#### **Estado de orientação:**

A Sra. V. está orientada auto e alopsicamente, isto é, em todas as referências no tempo, espaço e na pessoa. Usando tabela de comunicação soube referir o seu nome, idade, ano, local onde se encontra, e identificou o nome do marido e da filha.

**Atenção:**

Capacidade de vigilância mantida durante a entrevista. Encontrava-se atenta quando solicitada, sem se distrair com estímulos externos do meio circundante.

Foi solicitado à utente para bater na mesa com o braço não lesado, toda a vez que se diga a letra A, entre uma série de letras aleatória que foi: K D A M X T A F O K L E N A. Respondeu corretamente quando solicitada, apesar de uma pequena hesitação na letra X, assim no seu global a utente, em relação à tenacidade consegue manter atenção face a uma tarefa específica.

Em relação à concentração, foi pedido a Subtração consecutiva do nº7 a partir de 100. Uma vez que a utente apresenta quadro de afasia não é possível obter resposta verbal. Foi usado tabela com algarismos para realizar o cálculo, mas utente não conseguiu apontar o resultado deste.

**Memória:**

Em relação à memória, o seu quadro de afasia dificulta a avaliação e averiguação do seu compromisso de memória.

**Linguagem:**

Foi realizada a avaliação informal da linguagem tendo em conta o discurso espontâneo, a compreensão, a nomeação e a repetição.

A utente não apresenta discurso espontâneo e fluente. Não consegue verbalizar espontaneamente palavras, nem elaborar frases. Consegue responder sim e não a perguntas fechadas e por vezes verbaliza algumas palavras isoladamente.

Em relação à compreensão de ordens simples, através de comandos simples de um só passo foi capaz de tocar no nariz quando solicitada e de apertar a mão.

Em relação a comandos de duas etapas, foi pedido para tocar na mão do enfermeiro e depois no seu joelho, mas utente não foi capaz de realizar tarefa.

Consegue usando tabela de comunicação identificar e verbalizar números, mas por ordem (1,2,3,4), se pedirmos para isoladamente verbalizar um numero (ex:4), não o

consegue. O mesmo se passando com as letras do alfabeto. Não consegue associar letras para verbalizar palavras.

Não consegue nomear objetos (0/8), mas consegue repetir palavras curtas (7/8).

Podemos concluir que a nível da linguagem apresenta um discurso não fluente, com a compreensão, nomeação e repetição perturbada. Dai inferir que utente apresenta uma afasia global, confirmada igualmente por avaliação da terapia da fala que lhe atribuiu uma classificação de afasia global nível 1 após avaliação formal.

### **Capacidades práticas:**

As capacidades práticas estão aparentemente mantidas. Consegue usar objetos, como escovar o cabelo com escova, levar o copo à boca, dizer adeus e fazer o sinal da cruz.

### **Negligência hemiespacial unilateral:**

Foi pedido a realização de prova de desenho espontâneo, que colaborou desenhando um relógio, uma flor com pétalas e realizou o teste da barragem. Após realização dos vários testes, não se confirmou a existência de neglet.

### **Força muscular:**

Procedeu-se à avaliação da força muscular dos segmentos distais para os próximos utilizando a Escala de Lower.

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	RESULTADO
Cabeça e pescoço	Flexão	5
	Extensão	5
	Flexão lateral esquerdo	5
	Flexão lateral direito	5
	Rotação	5
Escapulo-umeral (E/D)	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Adução	4/5

	Abdução	4/5
	Rotação interna	4/5
	Rotação externa	4/5
Cotovelo (E/D)	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
Antebraço (E/D)	Pronação	4/5
	Supinação	4/5
Punho (E/D)	Flexão palmar	4/5
	Dorsi-flexão	4/5
	Desvio radial	4/5
	Desvio cubital	4/5
	Circundação	4/5
Dedos membro superior (E/D)	Flexão	3/5
	Extensão	3/5
	Adução	3/5
	Abdução	3/5
	Circundação	3/5
	Oponência do polegar	3/5
Coxo-femura (E/D)I	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Adução	5/5
	Abdução	5/5
	Rotação interna	5/5
	Rotação externa	5/5
Joelho (E/D)	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
Tibio-tarsica (E/D)	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Inversão	4/5
	Eversão	4/5
Dedos membro inferior (E/D)	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Adução	5/5
	Abdução	5/5

Legenda:

- ✓ 5/5 - Movimento normal contra gravidade e resistência
- ✓ 4/5 - Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade
- ✓ 3/5 - Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
- ✓ 2/5 - Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade.
- ✓ 1/5 - Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
- ✓ 0/5 - Sem contração muscular e sem movimento

**Tónus muscular:**

Procedeu-se à avaliação do tónus muscular utilizando a Escala Modificada de Ashworth.

Apresenta espasticidade a nível dos dedos no membro superior, com classificação de 2.

Legenda:

- ✓ 0 – Nenhum aumento de tónus muscular
- ✓ 1 – Leve aumento de tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
- ✓ 1+ - leve aumento de tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante.
- ✓ 2 – Aumento mais marcado do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente
- ✓ 3 – Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil.
- ✓ 4 – Parte afetada rígida em flexão ou extensão

## **Pares cranianos:**

### **I par – Olfativo:**

Foi feita a prova dando a cheirar café, em cada narina e de olhos fechados. Na narina esquerda não foi capaz de identificar. Quando realizado na narina direita utente identificou cheiro e verbalizou “café”

### **II par – Ótico:**

Foi pedido para encerrar um dos olhos para saber até que nível consegue observar os meus dedos, num ângulo de 40º do lado interno e 60º do lado externo, validando com perguntas de sim e não. Não apresenta hemianopsia unilateral.

### **III par – Motor ocular comum; IV par - patético; VI par - motor ocular externo:**

Avaliada resposta pupilar. Apresenta isocória e isorreatividade à luz. Diâmetro pupilar de 6mm. Não apresenta ptose palpebral. Testados os movimentos conjugados do globo ocular, foi pedido à utente para seguir o dedo desenhando este um “H”. Os movimentos de infraversão, superversão, adução e abdução de ambos os globos oculares mantidos.

### **V par – Trigêmeo:**

Foi testado a sensibilidade térmica, tátil e algica, da face. Foi usado gelo/água quente, filamentos de um pincel e ponta romba de um clip metálico a nível das divisões oftálmica, maxilar e mandibular. Apresenta sensibilidade mantida.

Realizada avaliação motora. Foi palpada mandíbula e testada mastigação. Os movimentos estão mantidos e são simétricos.

### **VII par- Facial:**

Foi observada a simetria facial (pedido à utente para sorrir e para franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras) apresentando assimetria facial. Identificado apagamento do sulco nasogeniano à direita e desvio da comissura labial à esquerda.



Consegue identificar e reconhecer sabores como o doce (açúcar), salgado (sal) e amargo (limão) nos 2/3 anteriores da língua.

#### VIII par – Vestibulococlear

Sem alterações da acuidade auditiva bilateral após testar com o estalar dedos com olhos fechados, tendo reagido a estes e confirmado com “sim” quando perguntado se os ouviu.

Não foi realizado teste de Rinne e Weber com recurso a diapásão. Apresenta equilíbrio de pé estático.

#### IX par – Glossofaríngeo:

Sem alterações do paladar e sabores já citados ao nível do 1/3 posterior da língua

#### X par – Vago:

Presença do reflexo do vômito. Não é possível identificar alterações do tom de voz ou presença de rouquidão.

#### XI par – Espinhal:

Avaliada força muscular bilateralmente contra uma resistência (exercido alguma resistência e solicitou-se contração muscular e movimento a nível dos ombros e da cabeça) a nível do musculo esternocleidomastóideo e trapézio. Encontra-se mantida.

#### XII par – Hipoglosso:

Apresenta desvio da língua para a direita. Mantem restante estrutura da cavidade oral simétrica. Movimentos da língua mantidos.

**Equilíbrio:**

Apresenta equilíbrio estático de pé e sentado mantido. A nível do equilíbrio dinâmico apresenta mantido sentado, mas não mantido em pé, com ligeira lateralização do tronco para lado lesado

**Coordenação motora:**

Sem alterações de coordenação motora confirmado após prova dedo-nariz, prova de indicação de Barany e prova calcanhar Joelho.

**Sensibilidade:**

Foi testado a sensibilidade térmica, tátil e algica. Foi usado gelo e água quente, filamentos de um pincel e ponta romba de um clip metálico. Apresenta sensibilidade mantida a nível do hemicorpo direito.

Foi testada a sensibilidade profunda. Mantém sentido de pressão e sensibilidade postural a nível do hemicorpo direito. Não foi testado sensibilidade vibratória.

**Marcha:**

Realiza marcha controlada, recorrendo a pequena ajuda para manter o membro superior direito em rotação externa.

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA****Avaliação Objetiva**

Inspeção Estática: o utente apresenta um tórax simétrico. Não apresenta alterações cutâneas, nomeadamente cianose, cicatrizes, fístulas ou tumefações. Não se observam adenopatias (axilares, supraclaviculares ou cervicais).

Inspeção Dinâmica: frequência respiratória que oscila entre os 16 e 17 ciclos/min com ritmo regular, de padrão misto (maior predomínio abdominal), amplitude torácica superficial sem recurso a músculos acessórios, a respiração é simétrica;

Palpação: a traqueia encontra-se na linha média e sem desvios, sem alteração da expansibilidade bilateral do tórax;

Percussão: som normal à percussão em todo o tórax;

Auscultação Pulmonar: Auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular mantido sem ruídos adventícios.

### **Avaliação Subjetiva:**

Não apresenta sinais de dispneia. Reflexo de tosse eficaz. Não apresenta expetoração.

### **AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDIACA:**

Apresenta perfil tensional e função cardíaca dentro dos parâmetros normais para a idade. Sem história de hipertensão no internamento. Não apresenta edema periférico.

TA: 112/61 mmHg.

FC: 63 ppm.

### **AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO:**

Avaliada deglutição usando Escala de Guss, na qual é avaliada a capacidade de deglutição e risco de disfagia. Não apresenta disfagia.

Dentição completa. Alimenta-se de dieta geral hipossalina prescrita. Faz como refeições o pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia. Não tem preferências alimentares.

Tem 1,72cm altura. Peso de 63Kg.

Índice de massa corporal: 21,5, sendo classificado como peso normal.

### **AVALIAÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL E VESICAL:**

Apresenta controle de esfíncteres. Padrão intestinal diário mantido.

## AVALIAÇÃO DO SONO E REPOUSO:

Sem alterações a nível do sono e repouso

## AVALIAÇÃO DE RISCO QUEDAS (ESCALA DE MORSE):

A utente perante a avaliação do risco de quedas, através da escala de Morse demonstrou a presença de alto risco de queda, com um score total de 55 pontos.

ESCALA DE MORSE		
PARÂMETROS	NÍVEL	PONTOS
Antecedentes de quedas (últimos 3 meses)	Não	0
	Sim	25
Diagnóstico secundário	Não	0
	Sim	15
Ajuda na mobilização	Nenhuma/Acamado/Assistido pelo enfermeiro	0
	Auxiliar de marcha	15
	Prótese	30
Dificuldade em usar o sanitário	Não	0
	Sim	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de rodas	0
	Lenta	10
	Comprometida	20
Estado Mental	Orientado de acordo as suas limitações	0
	Desorientado/Confuso/Sobrevaloriza as suas capacidades ou esquece-se das limitações	15
TOTAL		55

### Legenda:

- ✓ Baixo risco - pontuação 0-24
- ✓ Médio risco - pontuação 25-50
- ✓ Alto risco - pontuação  $\geq 51$

## **AValiação do Risco de Úlceras de Pressão (ESCALA DE BRADEN):**

A avaliação do risco de úlcera por pressão da utente recorrendo à escala de Braden demonstrou a presença de um baixo risco de úlcera de pressão, com um score total de 21 pontos.

<b>ESCALA DE BRADEN</b>		
ITEM	NÍVEL	PONTOS
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Capacidade de reação significativa ao desconforto)	Completamente limitada	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitada	3
	Nenhuma limitação	<b>4</b>
HUMIDADE (Nível de exposição da pele à humidade)	Pele constantemente húmida	1
	Pele muito húmida	
	Pele ocasionalmente húmida	2
	Pele raramente húmida	3
ACTIVIDADE (Nível de atividade física)		<b>4</b>
	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	<b>3</b>
MOBILIDADE (Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo)	Anda frequentemente	4
	Completamente imobilizado	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitado	<b>3</b>
NUTRIÇÃO (Alimentação habitual)	Nenhuma limitação	4
	Muito pobre	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequada	<b>3</b>
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO	Excelente	<b>4</b>
	Problema	1
	Problema potencial	2
	Nenhum problema	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>		<b><u>21</u></b>

Legenda:

- ✓ Alto risco (AR):  $\leq 16$  pontos - avaliação de 7 em 7 dias
- ✓ Baixo risco (BR):  $\geq 17$  pontos - avaliação de 15 em 15 dias

**MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF):**

No início do internamento foi realizado a avaliação da independência funcional da utente, através da escala de medida de independência funcional pela equipa multidisciplinar.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)			
PARÂMETROS			NÍVEIS (pontuação)
Autocuidados	A – Alimentação		5
	B - Higiene Pessoal		5
	C - Banho (Lavar o corpo)		4
	D - Vestir metade superior		3
	E - Vestir metade inferior		4
	F - Utilização da sanita		5
Controlo esfíncteres	de	G – Bexiga	7
		H – Intestino	6
Mobilidade	Transferências:		
	I - Leito, Cadeira, Cadeira de rodas		5
	J - Sanita		5
	K - Banheira, Duche		4
Locomoção	L - Marcha/ Cadeira de rodas		4
	M – Escadas		4
Comunicação	N- Compreensão	Visual	2
		Auditiva	
		Ambas	
	O- Expressão	Vocal	2
		Não vocal	
		Ambas	

Cognição social	P - Interação social	4
	Q - Resolução de problemas	3
	R – Memória	4
	<b>TOTAL</b>	<b><u>76</u></b>

Reavaliados parâmetros da MIF a 14 de novembro de 2016. Restantes parâmetros não apresentados. São avaliados pela equipa interdisciplinar em reunião conjunta.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)		
PARÂMETROS		NÍVEIS (pontuação)
Autocuidados	A – Alimentação	5
	B - Higiene Pessoal	6
	C - Banho (Lavar o corpo)	6
	D - Vestir metade superior	6
	E - Vestir metade inferior	6
	F - Utilização da sanita	6
Controlo esfíncteres	de G – Bexiga	7
	H – Intestino	6
Mobilidade	Transferências:	
	I - Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	6
	J - Sanita	6
	K - Banheira, Duche	6

Legenda:

NÍVEIS

✓ SEM AJUDA

7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal)

6 - Independência modificada (ajuda técnica)

✓ AJUDA

Dependência modificada:

5 - Supervisão

4 - Ajuda mínima (indivíduo  $\geq 75\%$ )

3 - Ajuda moderada (indivíduo  $\geq 50\%$ )

Dependência completa:

2 - Ajuda máxima (indivíduo  $\geq 25\%$ )

1 - Ajuda Total (indivíduo  $\geq 0\%$ )



**PLANO DE CUIDADOS**

Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
9/11	Alteração da AVD <b>higiene pessoal e vestuário</b> relacionada com hemiparésia direita, manifestada por dependência parcial na realização de cuidados de higiene no chuveiro e ajuda parcial no calçado.		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a higiene, conforto e bem-estar;</li> <li>-Promover autonomia nos cuidados de higiene e conforto;</li> <li>-Promover a reeducação funcional sensório motora e estimulação neuro-cognitiva;</li> <li>-Promover a autoestima relacionado com o sentimento de se sentir útil.</li> </ul>	<p><b>HIGIENE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Assistir na realização de cuidados de higiene no duche em cadeira adaptada a chuveiro;</li> <li>-Supervisionar a transferência para a cadeira adaptada a chuveiro</li> <li>-Ensinar/instruir a realização de cuidados tendo em conta as condições habitacionais da utente;</li> <li>-Ensinar/instruir a ter atenção à temperatura da água, temperando primeiro com água fria e usando o lado são para comprovar a temperatura;</li> <li>-Usar a técnica de transferência em segurança, com a colocação da cadeira de rodas paralela à cadeira de banho e usar as barras de apoio;</li> <li>-Demonstrar a importância de lavar usando o lado são e este auxiliar o lado lesado;</li> <li>-Usar o espelho para facilitar a reintegração da sua imagem corporal e aumentar a capacidade para se cuidar;</li> <li>-Incentivar a preparação antecipada do seu material de higiene, como o gel de banho, escova e pasta de dentes, cremes e loção corporal, estando facilmente acessíveis;</li> </ul>	<p>9/11.</p> <p>Utente conseguiu lavar todos os segmentos corporais exceto as costas, e necessitou ajuda mínima a nível do membro superior direito. Independente na escovagem dos dentes e em pentear que cumpriu frente ao espelho. Cumpriu regras de segurança no duche associadas à temperatura da água e de transferência. Apresenta a pele íntegra.</p> <p>A utente escolhe a sua roupa, veste-se na cadeira de rodas. Demonstra estar muito motivada no treino de vestuário. Está independente no vestuário da cintura para cima e no vestuário da cintura para baixo. Elogiados progressos da utente.</p> <p>Necessita de ajuda mínima para calçar o pé direito e atar atacadores. Foi reforçada a técnica de atar.</p> <p>Consegue vestir o soutien e abotoar botões usando a mão esquerda.</p>

			<p>-Promover a utilização e auxiliar na escolha de ajudas técnicas, como tapete antiderrapante, barras de apoio de poliban, cadeira de duche, esponja de cabo comprido, bem como remoção de barreiras arquitetónicas existentes;</p> <p>-Incentivar a utente a escovar os dentes, estimulando a bochecha do lado lesado, e fazer exercícios de reeducação de mimica facial;</p> <p>-Incentivar utente a pentear-se, usando a sua escova, uso de maquilhagem de modo a incentivar a sua autoestima bem como o treino de motricidade fina e coordenação motora;</p> <p>-Instruir para a importância de vigiar a integridade cutânea, evitar zonas de humidade com particular atenção a zonas de pregas cutâneas e região interdigital;</p> <p>-Vigiar a região da craniectomia estando atento a sinais de calor, rubor ou prurido, bem como a necessidade de proteção de agressões térmicas e físicas;</p> <p>Avaliar escala de Braden conforme protocolo do serviço de 15 em 15 dias.</p> <p>VESTIR/DESPIR</p> <p>-Permitir que a utente escolha a sua roupa de uso diário;</p>	<p>Cumprir corretamente a técnica de vestuário do doente hemiplégico.</p> <p>12/11</p> <p>Utente conseguiu lavar todos os segmentos corporais.</p> <p>Independente na escovagem dos dentes e em pentear que cumpriu frente ao espelho. Cumpriu regras de segurança no duche associadas à temperatura da água e de transferência. Apresenta a pele integra.</p> <p>A utente escolhe a sua roupa, veste-se na cadeira de rodas. Está independente no vestuário da cintura para cima e no vestuário da cintura para baixo. Consegue se calçar sozinha e consegue dar nó adaptado a doente hemiplégico sem dificuldade.</p> <p>Consegue vestir o soutien e abotoar botões usando a mão esquerda.</p> <p>Cumprir corretamente a técnica de vestuário do doente hemiplégico.</p>
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilizar vestuário prático, mas atendendo ao gosto da utente e adaptado á temperatura ambiente;</li> <li>-Assegurar que o vestuário está acessível e por ordem de vestir;</li> <li>-Supervisionar a técnica de vestuário do doente hemiplégico, tendo em conta a ordem de vestir, sempre pelo lado lesado primeiro e depois o lado são;</li> <li>-Treinar apertar e vestir o soutien;</li> <li>-Treinar o abotoar e desabotoar botões;</li> <li>-Instruir para usar calçado adequado, fechado, que não tenha sola lisa para não escorregar, evitando quedas, bem como facilitar o treino de carga e marcha;</li> <li>-Incentivar e assistir a utente a calçar as meias e sapatos;</li> <li>-Supervisionar a técnica de calçar meias e sapatos;</li> <li>-Instruir para nunca ficar em posição de pé com apenas as meias calçadas devido ao risco de queda;</li> <li>-Utilizar técnicas como atacadores de utilização de uma só mão, apertados de cima para baixo, com a extremidade solta introduzida dentro do sapato para que não provoque quedas, uso de sapatos de velcro, uso de calçadeira se necessário;</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--

				<p>-Referir que pode usar chapéus ou lenços na região da craniectomia se favorecer a sua auto estima e bem-estar;</p> <p>-Promover reforço positivo e elogio face ao esforço da utente.</p>	
Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
9/11	Alteração da AVD <b>mobilidade</b> relacionada com lesão neurológica decorrente do AVC, manifestada por hemiparésia direita de predomínio braquial		<p>-Preservar e recuperar amplitude articular;</p> <p>-Manter integridade das estruturas articulares e minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas,</p> <p>-Prevenir o ombro doloroso;</p> <p>-Aumentar o grau de força muscular;</p> <p>-Melhorar habilidades motoras finas;</p> <p>-Prevenir e inibir a instalação do padrão espástico;</p> <p>-Reeducação postural;</p> <p>-Recuperação do equilíbrio estático e dinâmico;</p> <p>-Educar na gestão de esforço;</p>	<p>-Promover um ambiente calmo e seguro;</p> <p>-Manter a mesa de cabeceira do lado lesado da utente;</p> <p>-Avaliação sensitivo motora através da neuroavaliação e uso de escalas de avaliação como GCS, Lower, Asworth Modificada;</p> <p>-Promover a colaboração da utente no seu programa de reabilitação sensoriomotora;</p> <p>-Realizar mobilizações em todos os segmentos conforme a tolerância da utente e plano estabelecido: mobilizações passivas com ajuda total no membro superior direito e ativas assistidas com supervisão no membro inferior direito.-1 série de 10 repetições.</p> <p>-Realizar as mobilizações no sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular do utente;</p>	<p>9/11</p> <p>Realizada mobilizações conforme planeado com tolerância por parte da utente e sem dor à mobilização dos segmentos respeitando a sua amplitude articular. Foi realizado treino de atividades terapêuticas com rolamento no leit, para o lado menos afetado que a utente conseguiu executar de forma correta. Para o lado afetado a utente necessitou de ajuda para iniciar o movimento concretizando a atividade de forma correta. Fez treino de ponte, necessitando de apoio no dorso do pé e joelho afetado, evitando o deslizamento no leito, permitindo a elevação da bacia. Realizou treino de automobilizações, com ajuda para manter a extensão do</p>

			<p>-Reeducar a imagem psicomotora;</p> <p>-Reeducação facial.</p>	<p>-Estimular o utente a visualizar atentamente os exercícios realizados, pensando no seu movimento de forma a o reintegrar no seu esquema corporal;</p> <p>-Estimular a utente a pensar o movimento e imaginar o mesmo sem o realizar como forma de estimulação sensório-cognitiva;</p> <p>-Uso de música de preferência com o gosto musical da utente como atividade de estimulação sensorial promovendo o conforto;</p> <p>-Realização de automobilizações, associando exercícios de dissociação de tempos respiratórios e respiração diafragmática,- 1 série de 10 repetições;</p> <p>-Assistir e instruir para a realização de atividades terapêuticas no leito, como a ponte, rolar para o lado são e afetado, fazer carga no cotovelo e facilitação cruzada, -1 série de 10 repetições;</p> <p>-Ensinar e estimular exercícios isométricos de fortalecimento muscular dos glúteos e coxas;</p> <p>-Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé, com mesa de apoio, usar o <i>standing frame</i>, de acordo com a tolerância do utente, num mínimo de 30 minutos;</p>	<p>cotovelo direito e flexão da articulação escápulo-umeral.</p> <p>Necessita de supervisão na transferência para a cadeira de rodas e na alternância de decúbitos.</p> <p>Realizado treino de exercícios faciais, mas necessita de reforço na sua aprendizagem.</p> <p>Equilíbrio estático mantido. Mantém deficiente equilíbrio dinâmico de pé.</p> <p>12/11</p> <p>Realizadas mobilizações em todos os segmentos: A nível do membro superior direito foram realizadas mobilizações passivas com ajuda total. A nível do membro inferior, apresenta orça muscular grau 5, e grau 4 a nível na tíbio társica. Passa a realizar automobilizações com supervisão que realiza com sucesso.</p> <p>Não apresentou dor na sua realização. Realizou mobilizações com a sua música preferida, apresentando-se mais relaxada e confortável, com expressão de alegria.</p>
--	--	--	---	--	--

				<p>-Supervisionar e treinar a transferência para cadeira de rodas e cadeira sanitária;</p> <p>-Supervisionar a alternância de decúbitos de modo a promover o conforto, prevenir a instalação de padrão antiespástico e manter a integridade cutânea;</p> <p>-Ensinar/Instruir sobre a realização de exercícios faciais e a sua importância para a recuperação da simetria facial. Ensinar exercícios como: unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos, sorrir, mostrar dentes, assobiar, encher a boca de ar, massajar a face;</p> <p>-Proceder aos registros das atividades realizadas, mantendo o plano de reabilitação atualizado, bem como a tolerância e evolução da utente;</p> <p>-Envolver o cuidador principal no programa de reabilitação através de ensinamentos e treino.</p>	<p>Realiza atividades terapêuticas com supervisão e sem dificuldade.</p> <p>Realizou treino de automobilizações no membro superior direito, necessitando de ajuda para manter a extensão do cotovelo direito e flexão da articulação escápulo-umeral.</p> <p>Independente na alternância de decúbitos e transferência.</p> <p>Realizado treino de transferências com supervisão com sucesso.</p> <p>Parésia facial menos acentuada. Reforçado ensino em relação aos exercícios faciais.</p> <p>Fez marcha com pequena ajuda na extensão do cotovelo e rotação externa do membro superior.</p> <p>13/1.</p> <p>Mantem plano de reeducação motora, mostrando-se bastante colaborante.</p> <p>Realizou exercícios de mímica facial frente ao espelho com sucesso.</p>
--	--	--	--	---	--

Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
9/11	Alteração da AVD <b>manter ambiente seguro</b> relacionado com hemiparésia direita, manifestado por risco de queda		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prevenção de quedas</li> <li>-Realização das AVD em segurança, tendo em conta a incapacidade da utente, o ambiente e suas barreiras arquitetónicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorizar a Escala de Morse de 7/7 dias em utente com risco médio de quedas;</li> <li>-Aplicar plano de prevenção de quedas protocolado no CMR;</li> <li>-Educar e instruir utente e família/cuidador sobre medidas de segurança na prevenção de quedas:</li> <li>-Localizar e explicar à utente as áreas de acesso permitido;</li> <li>-Providenciar que os objetos de uso pessoal estejam facilmente acessíveis, uso de grades na cama durante o internamento, a cama deve estar sempre num nível baixo, a cadeira de rodas deve estar sempre travada se a utente não se está a deslocar, usar calçado adequado, nunca se colocar em posição em pé com meias calçadas ou se o piso não está seco, solicitar ajuda sempre que não esteja em segurança para realizar alguma atividade;</li> <li>-Instruir sobre o uso da campainha;</li> <li>-Eliminar ou providenciar estratégias em caso de presença de barreira arquitetónica;</li> <li>-Sinalizar unidade da utente com risco médio para quedas.</li> </ul>	<p>9/11</p> <p>Reforçados ensinios sobre transferência em segurança para cadeira de rodas, travar cadeira de rodas sempre que não esteja em movimento, não se levantar sozinha, verificar sempre se o chão tem água e não usar meias no levante, encontrando-se utente recetiva ao reforço dos ensinios. Cumpre regras de segurança.</p> <p>12/11</p> <p>Utente cumpre as regras de segurança na realização das AVD.</p>



Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
9/11	Alteração da AVD <b>Alimentação</b> relacionada com hemiparésia direita de predomínio braquial, manifestada por ajuda parcial na alimentação.		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a autonomia funcional na alimentação;</li> <li>-Manter bom estado nutricional e hidratação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar se a dieta é adequada à utente conforme as suas preferências alimentares;</li> <li>-Colocar tabuleiro de alimentação junto da utente, com os utensílios ao seu alcance;</li> <li>-Providenciar equipamento adaptativo se necessário com engrossador de cabo, antiderrapante para prato;</li> <li>-Garantir o correto posicionamento da pessoa, sentada com o tronco ereto, com a mesa à altura adequada e com o alinhamento do membro superior afetado sobre a mesa;</li> <li>-Preparar os alimentos: fracionar, retirar espinhas, descascar a fruta;</li> <li>-Certificar que a utente se alimenta sozinha com o lado são;</li> <li>-Incentivar o uso do lado afetado na alimentação progressivamente, se necessário com ajuda parcial do enfermeiro;</li> <li>-Supervisionar a refeição e certificar que a utente se alimenta adequadamente da dieta fornecida, bem como incentivar a ingestão hídrica;</li> <li>-Vigiar sinais de disfagia ou engasgamento;</li> </ul>	<p>9/11</p> <p>Utente não apresentou disfagia durante a alimentação. Não consegue fracionar nem descascar fruta, necessitando substituição pelo profissional. Alimenta-se com a mão esquerda.</p> <p>Ingeriu a totalidade da refeição.</p> <p>Corrigido posicionamento do ombro e alinhamento corporal à mesa ao qual a utente se encontrou recetiva.</p>

				-Uso de espelho como atividade sensorial de modo a integrar os movimentos faciais no seu esquema corporal.	
Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
9/11	Alteração da AVD <b>Eliminação</b> , relacionada com hemiparésia direita, manifestada por dependência parcial no uso do sanitário.		-Promover a eliminação vesical e intestinal de forma autônoma e em segurança.	<p>-Assistir a utente no uso da sanita quando solicitado,</p> <p>-Assistir e treinar a transferência da utente da cadeira de rodas para a sanita;</p> <p>-Promover a autonomia e instruir a utente de modo a reduzir o risco de quedas, usando as barras de apoio junto à sanita;</p> <p>-Assistir nos cuidados de higiene após a eliminação;</p> <p>-Incentivar a ingestão hídrica, instruir a sua gestão diminuindo-a a partir do fim do dia, para evitar perdas urinárias durante o período noturno;</p> <p>-Vigiar características da urina e fezes bem como a sua periodicidade;</p> <p>-Instruir a utente para a necessidade de uma dieta adequada para a educação do intestino.</p>	<p>9/11</p> <p>Utente utiliza sempre o sanitário. Necessita de supervisão na transferência da cadeira de rodas para a sanita. Assistida nos cuidados de higiene após a eliminação.</p> <p>Controla esfíncteres.</p> <p>Padrão intestinal regular e mantido</p> <p>12/11</p> <p>Utente controla esfíncteres. Usa sempre o sanitário.</p> <p>Independente na passagem da cadeira de rodas para a sanita. Realiza cuidados de higiene após eliminação. Mantém padrão de eliminação vesical e intestinal regular.</p>

Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
9/11	Alteração da AVD <b>Comunicação</b> , relacionada com lesão neurológica decorrente do AVC, manifestado por afasia.		-Promover e otimizar uma comunicação eficaz.	<p>-Promover um ambiente calmo e sem ruído;</p> <p>-Encorajar a utente a falar pausadamente usando palavras ou frases curtas;</p> <p>-Usar perguntas fechada, repetindo se necessário;</p> <p>-Dar tempo para a pessoa responder, não interrompendo;</p> <p>-Identificar com a utente estratégias de comunicação: mimica labial, gestos como por exemplo levantar o polegar, indicar, usar tabelas de comunicação, potenciar o recurso a palavras simples como sim ou não, boa noite, obrigado;</p> <p>-Valorizar os pequenos progressos, procedendo a reforço positivo;</p> <p>-Estar atento a sinais de ansiedade face às dificuldades na comunicação, tranquilizando a utente;</p> <p>-Estimular a comunicação, evitando o isolamento;</p> <p>Orientar os familiares para formas alternativas de comunicação e aprendizagem de estratégias para a mesma.</p>	<p>9/11</p> <p>Comunicação realizada com sucesso usando perguntas fechadas, com respostas sim/não, usando tabela de comunicação que utente tem com ela quando existe maior dificuldade.</p> <p>Incentivado a repetição dos nomes dos seus familiares, do seu nome próprio e de objetos.</p> <p>Valorizados os esforços de comunicação. Utente sempre bem-disposta quando tenta comunicar, não apresentando sinais de irritação ou desânimo quando não o consegue.</p> <p>O marido refere alguma dificuldade na comunicação, mas refere já ter sido instruído de estratégias de comunicação pela terapeuta da fala. Foram reforçadas técnicas de comunicação.</p> <p>12/11</p> <p>Comunicação realizada com sucesso usando as estratégias delineadas.</p>

<b>Início</b>	<b>Problemas reais e/ou potenciais</b>	<b>Fim</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
9/11	Alteração da AVD <b>trabalho e lazer</b> , relacionado com incapacidade, manifestado por restrição da sua participação profissional, social e de lazer.		-Reintegrar a utente na sua vida social e de lazer;	<p>-Incentivar a utente para a interação familiar, saindo no fim-de-semana para o domicílio;</p> <p>-Promover a adoção durante a estadia em casa de atividades de lazer que gosta como por exemplo passear e a interação com familiares e amigos;</p> <p>-Instruir e aconselhar a utente e família, de forma a validarem e gerirem no domicílio as barreiras arquitetónicas existentes.</p>	<p>9/11</p> <p>Doente sai todos os fins de semana para o domicílio. Segundo marido bem adaptada, realizando atividades de lazer como passear e interagir com familiares e amigos. Já passou um fim de semana em casa mas normalmente vai para casa da irmã por esta não ter escadas de acesso. No seu domicílio conseguiu subir escadas mas com alguma dificuldade. Ainda não tem ajudas técnicas nem adaptações no domicílio. Incentivado marido a entrar em contato com departamento de AVD para orientação</p>





# **7º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

## **Plano de Reabilitação**

**Luis Miguel Correia dos Santos**

Docente orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto

**Lisboa**

**2017**



## **AVALIAÇÃO INICIAL**

### **Dados pessoais:**

Nome: Sr. L.S.

Género: Masculino

Idade: 68 anos

Etnia: caucasiana

Naturalidade: Lisboa

Nacionalidade: Portuguesa

### **História pregressa** (informação colhida do processo clínico e cuidador principal):

História de hidrocefalia pós hemorragia subaracnoídea espontânea com colocação de sistema de derivação ventrículo-peritoneal (SDVP) em 2006, com instalação de coma durante 15 dias e recuperação progressiva de consciência. Daqui resultou quadro de paraparésia, tendo realizado reabilitação motora, ficando autónomo nas atividades de vida diária e com score 15 segundo a Escala de Coma de Glasgow.

Em 2014 internado por acidente vascular cerebral isquémico no hemisfério esquerdo, ficando com um síndrome parkinsoniano sequelar.

Internamento em 9/08/2015 por quadro de desequilíbrio e de traumatismo cranioencefálico associado, devido a peritonite, com substituição da SDVP e colecistectomia.

Posteriormente apresentou em 30/10/2015 hidrocefalia, manifestada por prostração e cefaleias com 1 semana de evolução, tendo sido substituído SDVP novamente. Pós-operatório com agravamento do estado geral e neurológico, com instalação de quadro de prostração, diminuição generalizada de força muscular, apenas cumprindo ordens simples com o membro superior direito, lentificação na resposta, com discurso pobre, verbalizando vocábulos. Foi diagnosticado hemorragia intraventricular, mas sem realização de procedimento invasivo. Melhoria posterior do quadro de lentificação psicomotora e evolução para GCS14.

Ingressou na Unidade de Cuidados Integrados [REDACTED] a 14/12/15, posteriormente após referência ingressou na Unidade de Longa Duração e

Manutenção em [REDACTED] 17/02/2016, para descanso do cuidador, tendo voltado à UCCI a 11/3/2016.

Recorre ao Serviço de Urgência do Hospital [REDACTED] a 4/4/2016 referenciado pelo médico assistente por degradação progressiva de consciência e de autonomia nas AVD, para realização de TAC cranioencefálico urgente, que revelou imagem compatível com encarceramento do ventrículo lateral direito (corno occipital e temporal). A 5/4/2016 foi operado de urgência no Hospital [REDACTED], com nova colocação de SDVP, tendo regressado ao domicílio a 11/04/2016, com lentificação psico-motora, disfagia e diminuição força generalizada.

Após quadro de infecção do trato urinário de repetição com tentativa de tratamento no domicílio com antibioterapia oral sem sucesso. Por este motivo foi realizado internamento hospitalar em maio de 2017 por quadro de ITU a *E. coli* por 7 dias.

À entrada na ECCI, segundo processo clínico apresentava-se calmo, com discurso muito lentificado, respondendo a perguntas simples, quando incentivado, apresentando períodos de sonolência. Dependente nas AVD. A nível respiratório, eupneico, com respiração toracoabdominal de media amplitude. Força muscular 2/5 em todos os segmentos corporais segundo Escala de Lower, não apresentando equilíbrio sentado estático e dinâmico. Sem controlo de esfíncteres intestinal e vesical, usando fralda. Internado para promoção da força e tónus muscular.

### **Antecedentes pessoais:**

Tem como antecedentes pessoais diabetes mellitus 2, hepatite c, demência vascular, hipertensão arterial, hidrocefalia pós hemorragia subaracnoídea espontânea com colocação de shunt ventrículo-peritoneal em 2006, AVC em 2014, síndrome parkinsoniano, colecistectomia em 2014.

Desconhece-se alergias.

Como hábitos aditivos, até à sua situação de doença, apresentava hábitos etílicos moderados (1 copo de vinho às refeições e tabagismo (20U/dia)).



## MEDICAÇÃO DE AMBULATÓRIO:

Vildagliptina+Metformina 50/850 1+0+1; levitiracetam 500 1+0+1; escitalopram 20 1cp/pequeno-almoço; espinolactona 25 2cp/ pequeno-almoço; levodopa/carbidopa 25/100 1+1+1+1; somazina 3ml 1+1+1; arando vermelho 400 1cp pequeno-almoço, carvedilol 25 1cp/almoço; Zir-fos (probiótico) 1 saqueta lanche, risperidona 1mg/deitar.

## Dimensão sociofamiliar:

O SR. L.S., é solteiro, como profissão era técnico de encefalograma. Desempenhou outras profissões anteriormente. Foi cozinheiro e ator. Fala fluentemente francês.

Como ocupações recreativas, gostava de andar de barco que possuía, interesse por informática, fotografia e leitura. Gosta de ouvir musica, apresentando um gosto eclético, incidindo mais sobre musica clássica e rock. Era um apreciador de café a nível de gostos alimentares.

É agnóstico.

Reside em casa de um primo, médico neurologista reformado de 75 anos que é o cuidador principal. Tem uma senhora jovem contratada pelo cuidador para prestação dos cuidados de higiene, alimentação e limpeza da casa presente durante o período diurno. Tem igualmente apoio de uma amiga enfermeira reformada, presente todos os dias em casa e que presta algum apoio ao cuidador nas horas da refeição e companhia.

Habita um 1º andar de prédio, sem elevador, com vários degraus de vão de escada até a saída de acesso difícil. Dorme num quarto individual, e como ajudas técnicas tem cama articulada, cadeira de rodas, cadeira higiénica e cadeirão. Atualmente só tem em uso a cama articulada. Tem realizado higiene no leito e não tem realizado levante.

Foi aplicado instrumento de avaliação da situação socio familiar, através da Escala de Gijon (Anexo II), apresentando uma situação a nível socio familiar intermédia demonstrado por pontuação de 9.

O cuidador informal tem manifestado exaustão física e mental, tendo o SR: L.S. sido referenciado para descanso do cuidador, aguardando resposta para inclusão do SR. LS numa unidade de longa duração e manutenção.

Foi aplicado teste questionário ao cuidador formal, com o seu consentimento para avaliação de sobrecarga do cuidador, através do Teste de Zarit (Anexo I), de modo a medir a sobrecarga subjetiva do cuidador. Segundo avaliação apresenta pontuação de 54, correspondendo a sobrecarga leve, mas no limite pontual de sobrecarga intensa.

## **AValiação Neurológica (12/01/2017)**

### **Estado de consciência:**

A Sr. L.S. encontra-se acordado, apresenta períodos em que responde a perguntas simples, com respostas curtas como por exemplo “sim” e “não”, com tempo de resposta lento, à estimulação tátil localiza o estímulo e obedece por períodos a ordens simples como apertar a mão. Apresenta períodos de estado confusional, de caráter flutuante e por vezes associado a agitação psicomotora, com discurso e pensamento incoerente mais acentuado no período noturno, segundo o cuidador principal. Por vezes apresenta estado de obnubilação, necessitando de estímulo tátil e auditivo mais vigoroso, com resposta com sons incompreensíveis ou abertura ocular. Segundo avaliação da escala de Glasgow apresenta score de 14 (O4, V4, M6), embora apresente períodos em que apresente score 15 (O4, V5, M6).

Foi avaliado a nível cognitivo, através da Escala Rancho los Amigos (Anexo V), apresenta: Nível Cognitivo 6 - Confuso e apropriado - Assistência moderada:

Foi aplicado ao utente o MEEM (mini exame temporal espacial) (Anexo IV), através deste breve questionário foi possível rastrear as suas perdas cognitivas.

Deste teste foi possível discriminar:

Orientação temporal espacial: 4/10

Registros:3/3

Atenção e cálculo:3/5

Lembrança ou memória de evocação: 0/3

Linguagem:4/10 (não tem capacidade para a escrita e para realizar atividades de prensão fina)

Apresentou uma pontuação total de 14, considerando-se com defeito cognitivo por pontuação inferior a 27.

### **Estado de orientação:**

O Sr. L.S. está autopsicamente orientado, sabe dizer o seu nome e profissão, mas desorientado alopsiquicamente, a nível temporal, não sabe o ano, estações do ano e dias do mês, desorientação espacial, não sabia dizer onde estava inicialmente, embora saiba posteriormente dizer o bairro e pais onde vive.

### **Atenção:**

Capacidade de vigilância mantida por períodos durante a entrevista, apresentando períodos em que estava hipovigil.

Em relação à tenacidade, foi solicitado à utente para levantar o braço esquerdo, toda a vez que se diga a letra A, entre uma série de letras aleatória que foi: K D A M X T A F O K L E N A. Não conseguiu responder.

Em relação à concentração, foi pedido a subtração consecutiva do nº7 a partir de 100. Conseguiu 3 subtrações num total de 5.

O utente apresenta diminuição da atenção em todos os aspetos testados, significando que apresenta hipoprosexia.

**Memória:**

Apresenta memória imediata mantida. Foi pedido para repetir: vaso, carro, tijolo, que utente repetiu de imediato. Em relação à memória recente de curto prazo, não conseguiu repetir as mesmas palavras ao fim de 5 minutos e em relação á de longo prazo, não conseguiu se lembrar do que comeu ao jantar e pequeno almoço.

Apresenta memória remota mantida. Sabe responder onde nasceu e data de nascimento. Responde em francês quando estimulado dominando esta língua.

**Linguagem:**

Foi realizada a avaliação informal da linguagem tendo em conta o discurso espontâneo, a compreensão, a nomeação e a repetição.

Não apresenta discurso fluente, verbaliza palavras simples, sem associação de frases complexas, necessitando de estimulação verbal para que produza discurso. No entanto se pedido para elaborar produção espontânea, conseguiu contar até 10 e dizer os dias da semana. Repete palavras frases e números. Consegue denominar objetos quando o são presentes.

Em relação à compreensão de ordens simples, através de comandos simples de um só passo, foi capaz de tocar no nariz quando solicitado e de apertar a mão.

Em relação a comandos de duas etapas, foi pedido para tocar no seu nariz e posteriormente tocar na mão do enfermeiro não o conseguindo fazer.

Consegue nomear objetos simples do seu uso comum (8/8)

Utente mantém a capacidade de leitura, conseguindo ler nome de pessoas, objetos e frases simples de revistas.

Na avaliação da escrita, utente não conseguiu escrever o seu nome, embora tenha feito o gesto de iniciar essa ordem.

### **Capacidades práticas:**

As capacidades práticas estão aparentemente mantidas. Consegue usar objetos, como escovar o cabelo com escova, levar copo à boca, dizer adeus. E por vezes reconstitui o movimento de fumar.

### **Negligência hemiespacial unilateral:**

Foi pedido a realização de prova de desenho espontâneo, através uma flor com pétalas e o teste da barragem não conseguindo iniciar o desenho de nenhum destes elementos pedidos, não se conseguindo avaliar.

### **Força muscular:**

Procedeu-se à avaliação da força muscular dos segmentos distais para os proximais utilizando a Escala de Lowler.

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	RESULTADO
Cabeça e pescoço	Flexão	3
	Extensão	3
	Flexão lateral esquerdo	3
	Flexão lateral direito	3
	Rotação	3
Escapulo-umeral (E/D)	Flexão	3/3
	Extensão	3/3
	Adução	3/3
	Abdução	3/3
	Rotação interna	3/3
	Rotação externa	3/3
Cotovelo (E/D)	Flexão	3/3
	Extensão	3/3
Antebraço (E/D)	Pronação	3/3
	Supinação	3/3
Punho (E/D)	Flexão palmar	3/3
	Dorsi-flexão	3/3
	Desvio radial	3/3
	Desvio cubital	3/3
	Circundação	3/3

Dedos membro superior (E/D)	Flexão	3/3
	Extensão	3/3
	Adução	3/3
	Abdução	3/3
	Circundação	3/3
	Oponência do polegar	3/3
Coxo-femural (E/D)	Flexão	3/3
	Extensão	3/3
	Adução	3/3
	Abdução	3/3
	Rotação interna	3/3
	Rotação externa	3/3
Joelho (E/D)	Flexão	3/3
	Extensão	3/3
Tibiotársica (E/D)	Flexão	2/2
	Extensão	2/2
	Inversão	2/2
	Eversão	2/2
Dedos membro inferior (E/D)	Flexão	3/3
	Extensão	3/3
	Adução	3/3
	Abdução	3/3

**Legenda:**

- ✓ 5/5 - Movimento normal contra gravidade e resistência
- ✓ 4/5 - Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade
- ✓ 3/5 - Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
- ✓ 2/5 - Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade.
- ✓ 1/5 - Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
- ✓ 0/5 - Sem contração muscular e sem movimento

**Tónus muscular:**

Procedeu-se à avaliação do tónus muscular utilizando a Escala Modificada de Ashworth. (0/4). Não apresenta aumento do tónus muscular.

## **Pares cranianos:**

### **I par – Olfativo:**

Foi feita a prova, dando a cheirar café, em cada narina de cada vez e de olhos fechados. O utente identificou o cheiro como “café”.

### **II par – Ótico**

Foi pedido para encerrar um dos olhos e saber até que nível consegue observar os meus dedos, num ângulo de 40ª do lado interno e 60ª do lado externo, validando com perguntas de sim e não. Não apresenta aparentemente hemianópsia unilateral.

### **III par – Motor ocular comum; IV par - patético; VI par - motor ocular externo:**

Avaliado resposta pupilar. Apresenta isocória e isorreatividade à luz. Diâmetro pupilar de 2mm. Não apresenta ptose palpebral. Testados os movimentos conjugados do globo ocular, foi pedido à utente para seguir o dedo desenhando este um “H”. Os movimentos de infraversão, superversão, adução e abdução de ambos os globos oculares mantidos. Apresenta períodos em que o olhar fica em infraversão, associado a ausência ao meio que o rodeia, revertendo quando estimulado verbalmente de forma mais persistente.

### **V par – Trigêmeo:**

Foi testado a sensibilidade térmica, tátil e algica, da face. Foi usado gelo/água quente, filamentos de um pincel e ponta romba de um clip metálico a nível das divisões oftálmica, maxilar e mandibular. Apresenta sensibilidade mantida.

Realizada avaliação motora. Foi palpada mandíbula e testada mastigação. Os movimentos estão mantidos e são simétricos.

#### VII par- Facial:

Foi observada a simetria facial (pedido ao utente para sorrir e para franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras) apresentando simetria facial. Consegue identificar e reconhecer sabores como o doce(açúcar), salgado(sal) e amargo (limão) nos 2/3 anteriores da língua.

#### VIII par – Vestibulococlear:

Sem alterações da acuidade auditiva bilateral após testar com o estalar dedos com olhos fechados, identificando o som.

Não foi realizado teste de Rinne e Weber com recurso a diapasão. Sem equilíbrio de pé estático.

#### IX par – Glossofaríngeo:

Sem alterações do paladar e sabores já citados ao nível do 1/3 posterior da língua

#### X par – Vago:

Presença do reflexo do vômito. Não é possível identificar alterações do tom de voz ou presença de rouquidão.

#### XI par – Espinhal

Avaliada força muscular bilateralmente contra uma resistência (exercido alguma resistência e solicitou-se contração muscular e movimento a nível dos ombros e da cabeça) a nível do músculo esternocleidomastóideo e trapézio. Encontra-se mantida

#### XII par – Hipoglosso:

Mantem simetria nas estruturas da cavidade oral. Movimentos da língua mantidos



**Equilíbrio:**

Não apresenta equilíbrio sentado e de pé estático e dinâmico.

**Coordenação motora:**

Realizado prova de coordenação motora, pedido para fazer prova dedo-naris que utente realiza, no entanto não consegue terminar o movimento, apresentando dismetria, tal como a prova de indicação de Barany. Não consegue executar prova calcanhar Joelho.

**Sensibilidade:**

Foi testado a sensibilidade térmica, tátil e algica. Foi usado água fria e quente, filamentos de um pincel e ponta romba de um clip metálico. Apresenta sensibilidade bilateral a nível dos quatro membros.

Foi testada a sensibilidade profunda. Mantém sentido de pressão e sensibilidade postural. Não foi testado sensibilidade vibratória.

**Marcha:**

Não realiza marcha, por incapacidade funcional dos membros inferiores. Faz levantar para cadeirão com ajuda total.

**AValiação da Função Respiratória:****Avaliação Objetiva:**

Inspeção Estática: o utente apresenta um tórax simétrico. Não apresenta alterações cutâneas, nomeadamente cianose, cicatrizes, fístulas ou tumefações. Não se observam adenopatias (axilares, supraclaviculares ou cervicais).

Inspeção Dinâmica: frequência respiratória que oscila entre os 16 e 17 ciclos/min com ritmo regular, de padrão misto (maior predomínio abdominal), amplitude torácica superficial sem recurso a músculos acessórios, a respiração é simétrica;

Palpação: a traqueia encontra-se na linha média e sem desvios, sem alteração da expansibilidade bilateral do tórax;

Percussão: som normal à percussão em todo o tórax;

Auscultação Pulmonar: Auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular mantido sem ruídos adventícios.

### **Avaliação Subjetiva:**

Não apresenta sinais de dispneia. Reflexo de tosse eficaz. Não apresenta expetoração.

### **AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDIACA:**

Apresenta perfil tensional tendencialmente hipotenso e função cardíaca dentro dos parâmetros normais para a idade.

TA: 108/49 mmhg.

FC: 58 ppm.

Não apresenta edema periférico.

### **AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO:**

Avaliada deglutição usando escala de Guss (ANEXO III), na qual é avaliada a capacidade de deglutição e risco de disfagia. Não apresenta disfagia.

Alimentado com dieta geral pastosa homogénea onde inclui carne e peixe. Faz como refeições o pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia. Não tem preferências alimentares. Faz reforço hipercalórico (Fresubin creme uma vez dia).

Ausência da totalidade de peças dentárias.

Tem 171.cm altura. Não é possível avaliar o peso do utente em balança.

Não foi calculado índice de massa corporal devido a impossibilidade de se pesar. Foi avaliado perímetro abdominal, apresentando um valor de 85cm.

### **AVALIAÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL E VESICAL**

Não apresenta controle de esfíncteres. Usa fralda. Padrão intestinal mantido diário. Apresenta episódios ocasionais de dejeções líquidos controlados com probióticos.

### **AVALIAÇÃO DO SONO E REPOUSO**

Apresenta períodos de agitação psicomotora no período noturno. Faz risperidona 1mg como terapêutica farmacológica prescrita ao deitar.

### **AValiação de Risco Quedas (ESCALA DE MORSE):**

A utente perante a avaliação do risco de quedas, através da escala de Morse demonstrou a presença de um médio risco de queda, com um score total de 30 pontos.

ESCALA DE MORSE		
PARÂMETROS	NÍVEL	PONTOS
Antecedentes de quedas (últimos 3 meses)	Não	0
	Sim	25
Diagnóstico secundário	Não	0
	Sim	15
Ajuda na mobilização	Nenhuma/Acamado/Assistido pelo enfermeiro	0
	Auxiliar de marcha	15
	Prótese	30
Dificuldade em usar o sanitário	Não	0
	Sim	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de rodas	0
	Lenta	10
	Comprometida	20
Estado Mental	Orientado de acordo as suas limitações	0
	Desorientado/Confuso/Sobrevaloriza as suas capacidades ou esquece-se das limitações	15
TOTAL		30

#### Legenda:

- ✓ Baixo risco - pontuação 0-24
- ✓ Médio risco - pontuação 25-50
- ✓ Alto risco - pontuação  $\geq 51$

### **AValiação do Risco de Úlceras de Pressão (ESCALA DE BRADEN):**

A avaliação do risco de úlcera por pressão da utente recorrendo à escala de Braden demonstrou a presença de um alto risco de úlcera de pressão, com um score total de 12 pontos.

ESCALA DE BRADEN		
ITEM	NÍVEL	PONTOS
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Capacidade de reacção significativa ao desconforto)	Completamente limitada	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitada	3
	Nenhuma limitação	4
HUMIDADE (Nível de exposição da pele à humidade)	Pele constantemente húmida	1
	Pele muito húmida	2
	Pele ocasionalmente húmida	3
	Pele raramente húmida	4
ACTIVIDADE (Nível de atividade física)	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	3
	Anda frequentemente	4
MOBILIDADE (Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo)	Completamente imobilizado	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitado	3
	Nenhuma limitação	4
NUTRIÇÃO (Alimentação habitual)	Muito pobre	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequada	3
	Excelente	4
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO	Problema	1
	Problema potencial	2
	Nenhum problema	3
TOTAL		12

Legenda:

- ✓ Alto risco (AR):  $\leq 16$  pontos - avaliação de 7 em 7 dias
- ✓ Baixo risco (BR):  $\geq 17$  pontos - avaliação de 15 em 15 dias

**AValiação de Funcionalidade:**

Foi usada a Escala de Barthel, de modo a avaliar a dependência do utente através da sua funcionalidade. Apresenta nível de dependência grave por total <20.

1-Alimentação	0 - Dependente
2 -Transferências	0 - Dependente, não tem equilíbrio sentado.
3 – Toilete	0 – Dependente, precisa de ajuda

4- Utilização do WC	0 - Dependente
5 – Tomar banho	0 - Dependente
6- Mobilidade	0 – Imóvel
7 – Subir e descer escadas	0 - Dependente
8 – Vestir	0 - Impossível
9 – Controlo Intestinal	0 - Incontinente
10 – Controlo Urinário	0 - Incontinente
TOTAL	0

### MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF):

Foi realizado a avaliação da independência funcional da utente, através da escala de medida de independência funcional.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)			
PARÂMETROS			NÍVEIS (pontuação)
Autocuidados	A - Alimentação		2
	B - Higiene Pessoal		1
	C - Banho (Lavar o corpo)		1
	D - Vestir metade superior		1
	E - Vestir metade inferior		1
	F - Utilização da sanita		1
Controlo esfíncteres	de	G – Bexiga	1
		H – Intestino	1
Mobilidade	Transferências:		1
	I - Leito, Cadeira, Cadeira de rodas		1
	J - Sanita		1
	K - Banheira, Duche		1
Locomoção	L - Marcha/ Cadeira de rodas		1
	M – Escadas		1
Comunicação	N- Compreensão	Visual	1
		Auditiva	
	O- Expressão	Ambas	
		Vocal	1
Não vocal			
Ambas			
Cognição social	P - Interacção social		2
	Q - Resolução de problemas		2
	R – Memória		1
	TOTAL		

## NÍVEIS

### ✓ SEM AJUDA

7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal)

6 - Independência modificada (ajuda técnica)

### ✓ AJUDA

Dependência modificada:

5 - Supervisão

4 - Ajuda mínima (indivíduo  $\geq 75\%$ )

3 - Ajuda moderada (indivíduo  $\geq 50\%$ )

Dependência completa:

2 - Ajuda máxima (indivíduo  $\geq 25\%$ )

1 - Ajuda Total (indivíduo  $\geq 0\%$ )

**PLANO DE CUIDADOS**

<b>Início</b>	<b>Problemas reais e/ou potenciais</b>	<b>Fim</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
12/1	Alteração da AVD <b>higiene pessoal e vestuário</b> relacionada com alteração cognitiva devido a lesão neurológica, manifestada por dependência total na realização de cuidados de higiene no leito e vestuário.		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a higiene, conforto e bem-estar;</li> <li>-Promover a reeducação funcional sensório motora e estimulação neuro-cognitiva;</li> <li>-Promover a autoestima</li> <li>-Promover a integridade cutânea por risco elevado de úlcera de pressão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar os conhecimentos e capacidade dos cuidadores na colaboração dos cuidados de higiene pessoal e vestuário;</li> <li>-Proporcionar ao cuidador e assistentes familiares na exposição de dúvidas e medos;</li> <li>-Gerir dispositivos de apoio (verificar estado de funcionalidade, se são corretamente utilizados);</li> <li>-Usar o espelho para facilitar a reintegração da sua imagem corporal e incentivar e potenciar a sua capacidade para se cuidar;</li> <li>-Incentivar a participação na higiene, usando a esponja para lavar a cara, pentear-se e escovar os dentes;</li> <li>-Reforçar positivamente os esforços efetuados na sua realização e reforçar a importância destes estímulos por parte do cuidador e assistente familiar;</li> <li>-Instruir para a importância de vigiar a integridade cutânea, evitar zonas de humidade com particular atenção a zonas de pregas cutâneas e região interdigital e vigiar zonas de pressão nas proeminências ósseas</li> </ul>	<p>12/1</p> <p>Utente não colabora na sua higiene necessitando de ajuda total.</p> <p>Tem assistente familiar que está capacitada e apresenta conhecimentos adequados à prestação de cuidados de higiene pessoal e vestuário.</p> <p>Utente usa pijama de dormir próprio e roupa de uso diário quando está sentado no cadeirão.</p> <p>Apresenta alto risco de úlcera de pressão (score 11 na escala de Braden).</p> <p>Pele e mucosas integras e hidratadas.</p> <p>Nível de dependência grave (score 0 no índice de Barthel)</p> <p>Nível de incapacidade funcional grave (score 22 na MIF).</p> <p>18/1</p> <p>Utente mantém grau de dependência.</p>



				<p>-Utilizar vestuário prático, mas atendendo ao gosto da utente e adaptado á temperatura ambiente;</p> <p>-Usar os artigos pessoais do utente nos cuidados de higiene: perfume, creme hidratante, gel de duche e shampoo;</p> <p>-Avaliar Escala de Braden conforme protocolo mensalmente.</p> <p>-Avaliar a funcionalidade usando o Índice de Barthel.</p>	<p>Instruído família para incentivar o utente para participar nos cuidados de higiene.</p> <p>Explicado a importância do uso dos seus produtos pessoais, como gel de duche, perfume, creme hidratante e o uso da sua roupa pessoal. Explicado a necessidade de poder realizar pequenas atividades, como pentear e escovar os dentes diante do espelho.</p> <p>1/2</p> <p>Utente consegue iniciar movimento de escovar dentes e pentear, necessitando de ajuda para o completar.</p> <p>6/2</p> <p>Utente mantém dependência na higiene pessoal e vestuário, mas após intervenção do EEER, já consegue fazer pequenos gestos de colaboração, como levar a esponja à cara durante o banho, pentear e lavar dentes, embora sem completar a ação, usando o espelho para utente visualizar a sua ação.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>Os cuidadores parecem sensibilizados para a necessidade de estimulação durante o banho, no entanto ainda substituem o utente.</p> <p>Avaliação escala de braden:13.</p> <p>Avaliação índice de Barthel:5</p> <p>Avaliação MIF:26</p>
Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
12/1	Alteração da AVD <b>mobilidade</b> relacionada com alteração cognitiva devido a lesão neurológica, manifestada por diminuição geral da força e alteração da amplitude em todos os segmentos corporais e incapacidade funcional		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manter a integridade das estruturas articulares;</li> <li>-Manter a amplitude dos movimentos;</li> <li>- Conservar a flexibilidade;</li> <li>-Evitar contracturas;</li> <li>-Prevenir os defeitos posturais;</li> <li>-Promover a imagem psico-motora e sensorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover um ambiente calmo e seguro;</li> <li>-Realizar avaliação neurológica;</li> <li>-Avaliar estado de consciência através da GCS e Rancho los Amigos;</li> <li>- Avaliar força muscular recorrendo à Escala de Lower;</li> <li>-Avaliar tônus muscular recorrendo à Escala de Ashworth Modificada;</li> <li>-Alternar decúbitos do utente, promovendo o conforto antes das mobilizações;</li> <li>-Realizar mobilizações conforme a tolerância da utente e plano estabelecido: mobilizações ativas assistidas, em todos os segmentos -1 série de 10 repetições.</li> <li>-Associar exercícios de reeducação funcional respiratória às mobilizações através de exercícios de abertura costal global e seletiva, reeducação abdomino-</li> </ul>	<p>12/1</p> <p>Realizadas as mobilizações conforme planeado, com tolerância e sem dor.</p> <p>Períodos de obnubilação, não colaborando, sendo necessário realizar mobilizações passivas em todos os segmentos corporais. Associados a estas, foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória com a abertura costal global e seletiva, a reeducação abdomino-diafragmática e a dissociação dos tempos respiratórios</p> <p>18/1</p> <p>O cuidador não fez o levante por quadro de infeção urinária, sonolência e hipotensão.</p>

				<p>diafragmática e dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>-Assistir e instruir para a realização de atividades terapêuticas no leito, como a ponte, rolar e automobilização;</p> <p>-Treinar equilíbrio estático sentado para preparar o levante;</p> <p>-Respeitar os limites da amplitude articular do utente;</p> <p>-Associar intervenções de estimulação sensorial regulada utilizando estímulos autobiográficos que contemplem o <i>habitus</i>, para despertar a consciência e colaborar nos exercícios;</p> <p>-Informar e envolver o cuidador no plano de exercícios de reabilitação e de estimulação sensorial regulada</p> <p>-Estimular o utente a visualizar atentamente os exercícios realizados, pensando no seu movimento de forma a o reintegrar no seu esquema corporal;</p> <p>-Usar o espelho na realização dos exercícios para perceber o seu "eu";</p> <p>-Proporcionar a audição de música do gosto musical do utente como estímulo sensorial auditivo promovendo o conforto;</p> <p>-Avaliar a dor e tolerância do utente aos exercícios, incluindo as micro expressões faciais.</p>	<p>Foram realizados exercícios passivos conforme plano de reabilitação, com pouca colaboração do utente.</p> <p>23/1</p> <p>Associados aos exercícios, estímulos autobiográficos, música de acordo com hábitos do utente (sons de barcos a velejar), uso de café como estímulo olfativo e de paladar modelando a sua atenção com sucesso. Utente realizou os exercícios de reabilitação diante de espelho para a sua integração corporal.</p> <p>Utente mais colaborante, realizado mobilizações ativas assistidas com flexão/extensão da articulação escápulo-umeral, flexão/extensão do cotovelo levando o dedo ao nariz de modo a estimular a propriocepção, extensão/flexão da coxa femoral, joelho e tibiotársica. Não realizou adução e abdução a nível dos segmentos corporais sendo realizado nestes mobilizações passivas. Consegue iniciar movimento de fazer a ponte, mas necessita de ajuda para completar o movimento.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>1/2</p> <p>Associados aos exercícios estímulos autobiográficos, música de acordo com habitus do utente (Rolling Stones), uso de café como estímulo olfativo e de paladar, perguntou-se qual era o seu prato favorito, ao que o utente respondeu acertadamente como modo de modelar a sua atenção com sucesso. Foi colocado espelho diante do utente para realização dos exercícios e sua integração corporal.</p> <p>Por vezes apresenta períodos de ausência e alteração da atenção espontânea, mas facilmente reorientado, através da estimulação verbal (responde quando dizemos “bom dia”), chamamos pelo nome próprio e por vezes o uso da língua francesa, ao qual o utente responde.</p> <p>Utente ainda não fez levante. Foi instruído o cuidador para a importância do levante. O cuidador encontra-se renitente devido aos períodos de sonolência e história de infecção urinária. Mantém equilíbrio estático comprometido. Feito treino de equilíbrio sentado no</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>leito com os pés assentes no chão, com ajuda total.</p> <p>6/2</p> <p>Utente encontra-se com menos períodos de obnubilação e mais colaborante na visita domiciliaria.</p> <p>Manteve-se atividades de estimulação sensorial regulada, apresenta-se acordado por período temporal maior. Mais colaborante nas mobilizações ativas assistidas, embora necessite de ajuda para completar o movimento.</p> <p>Já iniciou levante com tolerância para o cadeirão.</p>
Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
12/1	Alteração da AVD <b>manter ambiente seguro</b> relacionado com alteração do estado neurológico manifestado por risco médio de queda		<p>-Prevenção de queda;</p> <p>-Realização das AVD em segurança, tendo em conta a incapacidade do utente e do ambiente</p>	<p>-Monitorizar a escala de Morse de 1 vez por mês, conforme protocolo;</p> <p>-Educar e instruir o cuidador e assistente familiar sobre medidas de segurança na prevenção de quedas:</p> <p>-Elevar as grades da cama;</p> <p>-Usar imobilizador de torax quando utente está sentado.</p>	<p>12/1</p> <p>Cuidador e assistente familiar com conhecimento sobre medidas de segurança na prevenção de quedas.</p> <p>Apresenta grades na cama quando está no leito, faz transferência usando sapatos com sola antiderrapante e usa imobilizador de tórax quando está sentado no cadeirão.</p>

					Apresenta risco médio de queda segundo a escala de morse (score 30).
Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
12/1	Alteração da AVD <b>Alimentação</b> relacionada com alteração cognitiva devido a lesão neurológica, manifestada por ajuda total na alimentação		-Manter nutrição e hidratação adequadas;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a deglutição utilizando a escala de Guss;</li> <li>- Avaliar o perímetro abdominal;</li> <li>-Verificar se a dieta é adequada à utente conforme as suas preferências alimentares;</li> <li>-Incentivar utente a participar na alimentação, segurando o copo e usar engrossador de cabo, antiderrapante para prato;</li> <li>-Garantir o correto posicionamento da pessoa;</li> <li>-Estimular do cuidador a fornecer alimentos de acordo com o gosto do utente;</li> <li>-Usar os alimentos através do paladar e olfato como estímulo para promover conforto e autonomia na alimentação</li> </ul>	<p>12/1</p> <p>Alimentado de dieta pastosa homogénea, sempre com peixe ou carne associado ao almoço e jantar. Faz reforço hipercalórico diabético uma vez dia, e suplemento alimentar de arando vermelho para prevenção de infeção urinária.</p> <p>Perímetro abdominal de 85cm.</p> <p>Ingera as refeições na sua totalidade com ajuda total.</p> <p>23/1</p> <p>Explicado ao cuidador a importância do utente participar na sua alimentação pegando no copo e garfo. Cuidador renitente referindo que utente não consegue e suja a roupa.</p> <p>Estimulado o utente a levar copo à boca, usando café, que utente consegue, necessitando apenas de ajuda para estabilizar o copo.</p>

					<p>6/1</p> <p>Utente com capacidade para levar alimentos à boca, mas substituído pelos cuidadores.</p> <p>Aspeto ponderal mantido, pele íntegra e hidratada.</p>
Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
12/1	<p>Alteração da AVD <b>Eliminação</b>, relacionada com alteração cognitiva devido a lesão neurológica, manifestada por dependência total no uso do sanitário e risco de infeção urinária.</p>		<p>-Promover um padrão de eliminação vesical e intestinal eficaz;</p> <p>-Diminuir o risco de infeção urinária.</p>	<p>-Vigiar características da urina e fezes, bem como a sua periodicidade;</p> <p>-Instruir o cuidador e assistente familiar para a necessidade de uma dieta adequada às necessidades nutricionais do utente e ingestão hídrica de no mínimo 1500 ml de água por dia;</p> <p>-Reforçar a importância da higiene perineal com o intuito de prevenir infeções.</p> <p>-Instruir sobre a importância de oferecer o urinol de modo a que o utente possa ganhar autonomia.</p>	<p>12/1</p> <p>Utente com dependência total. Não controla esfíncteres. Usa fralda. Cuidador refere períodos de diarreia ocasional controlado com probióticos.</p> <p>18/1</p> <p>Apresenta infeção urinária diagnosticada com exame à urina. Sob terapêutica antibiótica. Faz reforço hídrico.</p> <p>6/2</p> <p>Utente mantém dependência total, apesar de se oferecer o urinol.</p> <p>Já sem sintomatologia de infeção urinária.</p> <p>Mantém integridade cutânea da região perineal.</p>

Início	Problemas reais e/ou potenciais	Fim	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
12/1	Alteração da AVD <b>Comunicação</b> , relacionada com períodos de obnubilação e alteração da memória de curto prazo, manifestado por dificuldade em manter a atenção e o discurso fluente		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover e otimizar uma comunicação eficaz.</li> <li>-Regular a atenção através de estímulos verbais orientando o discurso e usando estímulos autobiográficos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar um ambiente calmo e sem ruído;</li> <li>-Encorajar a utente a falar usando palavras ou frases curtas, falar francês;</li> <li>-Usar perguntas fechada, repetindo se necessário;</li> <li>-Dar tempo para a pessoa responder, não interrompendo;</li> <li>-Identificar estratégias de comunicação: mimica labial, falar num tom mais alto, gestos como levantar polegar, indicar, potenciar o recurso a palavras simples como sim ou não, bom dia, uso de eventos de memória autobiográfica para aumentar a atenção, e providenciar o seu ensino aos familiares e cuidadores;</li> <li>-Valorizar os pequenos progressos, procedendo a reforço positivo;</li> <li>-Estar atento a sinais de ansiedade face à barreira na comunicação tranquilizando o utente;</li> <li>-Estimular a comunicação, evitando o isolamento;</li> <li>-Incentivar o cuidador a ler em voz alta pequenos textos de revistas ou literatura habitual do utente.</li> </ul>	<p>12/1</p> <p>Utente com períodos de obnubilação, alternado com períodos em que está acordado. Comunicativo quando realizado perguntas simples, mas de resposta curta. Sem discurso fluente.</p> <p>6/2</p> <p>Durante todas as visitas domiciliárias foi realizado estimulação através de estímulos autobiográficos tendo em conta o seu <i>habitus</i>: nome do cuidador, eventos significativos de vida (25 de abril), comidas favoritas( arroz de tamboril, café), hobbies (andar de barco). Apresenta atualmente menos períodos de obnubilação, resposta coerente e acertada a perguntas sobre o seu <i>habitus</i>, incluindo maior fluência de discurso e verbalização de frases de construção mais complexa.</p> <p>Mantém memória imediata e remota. No entanto não mantém memória recente de curto e longo prazo. Consegue identificar e conhece o enfermeiro, mas não</p>



					consegue lembrar-se do seu nome, apesar de se apresentar pelo nome todos os dias.
<b>Início</b>	<b>Problemas reais e/ou potenciais</b>	<b>Fim</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
12/1	Alteração da AVD <b>trabalho e lazer</b> , relacionado com incapacidade, manifestado por restrição da sua participação profissional, social e de lazer.		-Reintegrar a utente na sua vida social e de lazer;	-Estimular a interação com o familiar cuidador e amigos,  -Usar estímulos autobiográficos que contemplem o seu <i>habitus</i> : Mostrar fotografias, falar sobre o seu barco e viagens marítima, pratos de culinária favoritos, locais favoritos onde passeava, ouvir musica e ver televisão;	6/1 Utente consegue interagir com cuidador e amigos. Apresenta discurso mais fluente e consegue responder a perguntas simples, como por exemplo, referir que lhe apetece café ou relembrar memórias antigas como por exemplo que viveu em França.  Mantêm, no entanto as mesmas restrições de participação social e lazer, estando restringido à habitação.
<b>Início</b>	<b>Problemas reais e/ou potenciais</b>	<b>Fim</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
12/1	Alteração da AVD <b>sono</b> relacionado com alteração do estado de consciência, manifestado por insónia e agitação noturna, discurso incoerente e gritos.		-Promover um sono tranquilo e reparador.	-Proporcionar um ambiente calmo, ausente de estímulos excitatórios;  - Ensinar cuidador a gerir terapêutica indutora de sono;  - Ensinar cuidador a realizar técnicas de relaxamento;  -Garantir um posicionamento que aumente o conforto;  -Ouvir música de relaxamento ou clássica.	12/1  Utente apresenta períodos de agitação caracterizado por verbalização de discurso incoerente ou gritos durante o período noturno, que o cuidador controla com terapêutica indutora de sono.  Não usa técnicas alternativas de relaxamento e diminuição de estímulos excitatórios.

					<p>6/2</p> <p>Utente mantém períodos de agitação durante o período noturno, que o cuidador controla com terapêutica indutora de sono. Faz gestão do ambiente , com menos estímulos excitatórios. Não usa musica relaxante por ainda não ter ainda equipamento.</p>
--	--	--	--	--	--

#### **Apêndice IV – Avaliação dos pares cranianos**

## PARES CRANIANOS

PAR	NOME	FUNÇÃO	AVALIAÇÃO	COMPONENTES
I	Olfativo	Olfato	Fechar olhos, identificar odores familiares bilateralmente (café)	Sensitivo
II	Ótico	Visão	<p><b>Acuidade Visual:</b> Pesquisa bilateralmente – Pedir ao utente para fechar um dos olhos e fazer contagem dos dedos a várias distâncias;</p> <p><b>Campo de visão:</b> Solicitar ao utente para fechar um dos olhos e saber até que angulo consegue observar um dedo. (Ângulos: Temporal (60º) e Nasal (40º))</p>	Sensitivo
III	Motor Ocular comum/ Troclear	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevação, Abaixamento e Adução do olho</li> <li>- Miose</li> <li>- Elevação da pálpebra superior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisar Nistagmo; Ptose palpebral; Reatividade à luz e dimensão pupilar;</li> <li>- Movimentos Conjugados dos olhos. Pedir ao utente para seguir o dedo do Enf.º ao desenhar um H no espaço.</li> <li>- <u>Utentes inconscientes:</u> reflexo oculocefálico (movem-se no sentido oposto aos movimentos da cabeça antes de voltarem à linha média).</li> </ul>	Motor
IV	Patético	- Rotação do olho		Motor
VI	M. Ocular externo	- Abdução do olho		Motor
V	Trigémeo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceção sensorial da face – <b>ramo sensorial</b> (Divisões do par craniano: Oftálmico; Maxilar e Mandíbula)</li> <li>- Controlo dos movimentos da mastigação - <b>ramo motor</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar sensibilidade superficial (<b>tátil</b>- compressa ou pincel; <b>térmica</b>- tubos H2O a uma temperatura fria e quente; <b>dolorosa</b>- ponta de caneta, clipe ou agulha romba)</li> <li>- Presença reflexo córneo-palpebral, toque com um fio de algodão na superfície temporal da córnea.</li> <li>- Pedir ao utente para encerrar e mover a mandibula bilateralmente, observando existência de assimetria</li> </ul>	Sensitivo e Motor
VII	Facial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceção gustativa (2/3 anteriores da língua) (S)</li> <li>- Controlo dos músculos faciais (expressão facial, produção de lágrimas e de saliva e capacidade de manter os alimentos na cavidade oral) (M)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar sabores amargos, doces e salgados nos 2/3 anteriores da língua.</li> <li>- Observar simetria facial (andar superior e inferior) – fazer caretas, enrugar a testa, sorrir, fechar as pálpebras com firmeza</li> <li>- Identificar apagamento do sulco nasogeniano e existência de desvio da comissura labial.</li> </ul>	Sensitivo e Motor

VIII	Vestibulococlear	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audição</li> <li>- Equilíbrio corporal</li> </ul>	<p><b><u>Divisão coclear</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Testar acuidade auditiva bilateralmente (relógio ou estalar dos dedos) – pedir ao utente para fechar os olhos e identificar som</li> </ul> <p><b><u>Divisão vestibular</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Testar equilíbrio estático e dinâmico sentado e de pé (teste de Romberg: utente de pé, calcanhares unidos e pés separados a 30º, membros superiores em extensão e olhos fechados).</li> </ul>	Sensitivo
IX	Glossofaríngeo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceção gustativa no 1/3 posterior da língua</li> <li>- Perceção sensorial da faringe, laringe e palato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar sabores amargos, doces e salgados no 1/3 posterior da língua, com olhos fechados.</li> </ul>	Sensitivo e Motor
X	Vago	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motricidade do palato, faringe e laringe e sensibilidade da faringe, laringe e vísceras toraco-abdominais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa de reflexo de vômito (espátula na região posterior da língua)</li> <li>- Identificar alterações do tom de voz ou presença de <b><u>disfonia</u></b> ou <b><u>hipofonia</u></b>.</li> </ul>	Sensitivo e Motor
XI	Espinhal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, esternocleidomastóideo e trapézio (rotação e inclinação da cabeça)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o grau de força muscular bilateral a nível do trapézio (elevação dos ombros contra resistência) e esternocleidomastóideo (lateralizar a cabeça contra resistência).</li> </ul>	Motor
XII	Grande hipoglosso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimentos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar a existência de desvios ou tremores da língua. Testar os diferentes movimentos da língua.</li> </ul>	Motor

Adaptado de Haines (2006).



<b>Domínio da atenção</b>	<b>Definição Funcional</b>	<b>Exemplo</b>
Alerta / excitação	Capacidade e prontidão para responder	Resposta a sinais de alerta
Atenção seletiva	Capacidade de se concentrar em um estímulo específico ao ignorar estímulos irrelevantes	Leitura enquanto as pessoas falam ao fundo
Atenção contínua (vigilância)	Capacidade de manter a atenção durante um período prolongado de tempo	Conduzir um carro para longas distâncias
Atenção espacial	Capacidade de detectar e implantar atenção em todos os lados do espaço	Atender a pessoas sentadas no lado esquerdo e direito da mesa
Atenção dividida	Capacidade de multitarefa e dividir a atenção entre 2 ou mais tarefas	Falar ao telefone enquanto cozinha

Adaptado de Loetscher & Lincoln (2013)





## AVALIAÇÃO DO HABITUS DO SR.L.S.

<b>Pessoas significativas</b>	Sr. C. S. (primo)
<b>Língua</b>	Português, Francês.
<b>Profissão</b>	Técnico de encefalograma, cozinheiro, ator
<b>Hobbies</b>	Fotografia, informática, andar de barco de qual era proprietário.
<b>Acontecimentos marcantes</b>	Acidente há 40 anos com perda de três dedos da mão direita; 25 de abril 1974 (passado antifascista, pelo qual esteve preso e exilado em Bruxelas e França.
<b>Datas significativas</b>	25 de Abril de 1974
<b>Desportos</b>	Natação
<b>Musicas</b>	Gosta de ouvir Rolling Stones e musica clássica.
<b>Livros/revistas</b>	National Geographic
<b>Programas de televisão/rádio/filmes</b>	Noticiário. Cuidador não sabe referir filme preferido
<b>Perfumes/shampoo</b>	Calvin Klein
<b>Atividades sociais</b>	Frequência de eventos culturais, convívio social com amigos, fumar.
<b>Gostos alimentares</b>	Arroz de tamboril, café.
<b>Religião</b>	Agnóstico.

Colheita de informação do utente realizada através de entrevista ao Sr. C. S, primo e cuidador principal, o qual mantinham segundo este uma relação de grande proximidade e afinidade.

## **Apêndice VII – Plano de estímulos autobiográficos**

## PLANO DE ESTIMULOS AUTOBIOGRÁFICOS

SENSORES	ESTIMULO AUTOBIOGRÁFICO
Auditivo	-Sons de barcos a velejar; Música dos Rolling Stones; -Música clássica (Mozart); -Voz de familiares (primo); -Falar francês.
Visual	-Autoimagem (espelho); -Fotografias tiradas pelo próprio, de familiares e amigos e de locais que visitou.
Olfativo	-Café, -Perfume.
Paladar	-Café, -Comida favorita (arroz de tamboril).
Tátil	-Banho, -Massagem.

Associar na prestação de cuidados.

## **Apêndice VIII– Caixa com materiais para estimulação sensório-motor**



**Apêndice IX – Caixa com materiais para avaliação neurológica e dos pares  
cranianos**



## **Apêndice X – Formação “Reabilitação Cognitiva e Estimulação Sensorial”**



## **AÇÃO DE FORMAÇÃO**

**Nome da formação:** Reabilitação Cognitiva e Estimulação Sensorial

**Área:** Enfermagem

**População Alvo:** Profissionais da ECCI-[REDACTED]

**Horário da formação:** das 14h-15h, dia 9/2/2017, durante o horário laboral.

### **Diagnóstico das necessidades de formação:**

Foi referido por parte dos enfermeiros especialistas da ECCI a necessidade de realizar uma ação de formação subjacente ao tema reabilitação cognitiva e estimulação sensorial, subjacentes ao projeto de ensino clínico, desenvolvido pelos alunos de mestrado em reabilitação (Enf. Luis Santos no âmbito da Estimulação Sensorial e Enf. [REDACTED] no âmbito de Reabilitação Cognitiva), de modo a relembrar conceitos, adquirir e estruturar conhecimentos de modo a poder os aplicar nos seus planos de reabilitação à população da UCC.

### **Objetivo Geral da Formação sobre Estimulação Sensorial**

- Adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da reabilitação sensorial

### **Objetivo específicos da Formação sobre Estimulação Sensorial:**

- Definir conceitos;
- Explicar a importância dos Sensores;
- Sensibilizar a importância do habitus e a forma como através dos estímulos não significativos e autobiográficos podem influenciar o processo de reabilitação;
- Sensibilizar a importância do envolvimento dos familiares no processo
- Apresentação de caixa de estimulação sensorial e motora.

### PLANO DA SESSÃO “Estimulação sensorial”

ETAPAS	CONTEÚDO	METODO E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS E MATERIAIS DIDATICOS	TEMPO (MIN.)
INTRODUÇÃO	-Acolhimento; -Objetivo gerais e específicos.	-Método expositivo	-Computador/PowerPoint	5m
DESENVOLVIMENTO	- Esclarecimento de conceitos; - Definição de sensores; -Definição e importância da estimulação sensorial; -Definição de <i>habitus</i> e sua importância; -Importância dos estímulos não significativos e autobiográficos; -Apresentação da caixa de estimulação sensorial e motora.	-Método expositivo	-Computador/PowerPoint;  -Dispensa de cópias do PowerPoint	15m
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	-Apresentação de situações práticas durante o estágio envolvendo a estimulação sensorial, promovendo a discussão das mesmas; -Esclarecimento de dúvidas e feedback da sessão.	-Método ativo		10m

Diapositivo 1

Reabilitação Cognitiva  
&  
Estimulação Sensorial

Luis Santos  
Fevereiro, 2017



Diapositivo 2

Reabilitação Cognitiva




### Diapositivo 3

...

■ Sumário

1. Défice cognitivo ligeiro
2. A pessoa com défice cognitivo ligeiro
3. O impacto dos défices cognitivos
4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro
5. O Todo pelas Partes



### Diapositivo 4

## 1. Défice cognitivo ligeiro

Caracteriza-se:	Manifesta-se:
↓	↓
Funcionamento cognitivo inferior ao que é expectável, para a idade e nível de escolaridade da pessoa	Dificuldade em realizar mais do que uma tarefa em simultâneo
	↓
	Dificuldade em resolver problemas mais complexos ou nas tomadas de decisão
	↓
	Esquecimento de informação recente




(Nunes & Pais, 2014)

## Diapositivo 5

### 1. Déficit cognitivo ligeiro

Apesar da existências destas alterações, a pessoa continua a manter um nível de funcionalidade normal ou quase inalterado.



## Diapositivo 6

### 2. A Pessoa com déficit cognitivo ligeiro

■ Défices cognitivos:



Diapositivo 7

2. A Pessoa com déficit cognitivo ligeiro

■ Memória

■ Representa o conjunto das estruturas e processos cognitivos que permitem codificar, armazenar e recuperar diversos tipos de informação.

(Menoita, 2014)

Diapositivo 8

2. A Pessoa com déficit cognitivo ligeiro

Memória

Memória Primária  
(Memória Imediata ou de Curto Prazo)

Memória de trabalho

Memória Declarativa ou Longo Prazo

Memória Semântica

Memória Episódica

Memória de Procedimentos

Memória Perceptiva ou Priming

## Diapositivo 9


### 2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Memória

■ Alterações desta função afetam:

- Capacidade de recordar eventos,
- Levar a acabo intenções futuras.

(Nair & Lincoln, 2008)




## Diapositivo 10

### 2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Atenção

■ Processo mental que possibilita à pessoa permanecer em estado de alerta, selecionar, manter, alternar e dividir a sua concentração entre conteúdos ambientais e do próprio pensamento, apresentando-se, também, como pré-requisito para outros processos mentais.

(Podell et al, 2010)




## Diapositivo 11

### 2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

- **Atenção**
  - Alterações desta função originam:
    - Diminuição da concentração,
    - Distração,
    - Lentidão,
    - Cansaço.

(Loetscher & Lincoln, 2013)




## Diapositivo 12

### 2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

- **Funções Executivas**
  - Inclui o raciocínio abstrato e permitem:
    - Planear ou desenvolver objetivos,
    - Iniciar comportamentos,
    - Resolver problemas,
    - Criar estratégias,
    - Antecipar consequências de determinada ação,
    - Avaliar o progresso face a um objetivo,
    - Focar a atenção em informação tida como relevante para o sujeito,
    - Gerir o tempo e espaço

(Cicerone et al, 2000)






## Diapositivo 13

### 2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

- **Funções Executivas**
  - Alterações desta função levam a que a pessoa:
    - Não consiga de forma adequada analisar e planear tarefas mais complexas e tomar as decisões necessárias,
  - Podendo, contudo
    - Funcionar bem em situações conhecidas e estruturadas,
    - Havendo a tendência para ações repetitivas com pouca criatividade, provocando frustração na própria pessoa.

(Mendes, 2011)




## Diapositivo 14

### 3. O impacto dos défices cognitivos

- A qualidade de vida destes indivíduos fica muito dependente do grau de afecção da cognição.
  - Condiciona a autonomia,
  - Realização de autocuidado da pessoa.


(Costa & Sequeira, 2013)



## Diapositivo 15

### 3. O impacto dos défices cognitivos

- A cognição tem um impacto importante na reabilitação da pessoa, pois esta compreende:
  - A capacidade da pessoa para se lembrar e aprender nova informação,
  - Reaprender o autocuidado e retomar um estilo de vida apropriado,
  - Desempenha um papel importante na determinação do potencial de reabilitação.




## Diapositivo 16

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

- O EEER está capacitado para cuidar ao longo de todo o processo de reabilitação e ao longo do ciclo vital de pessoas que sofreram alterações cognitivas por doença ou lesão identificando as necessidades e adaptando as intervenções às necessidades de cada indivíduo.

(Mendes, 2011)




## Diapositivo 17

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

- A reabilitação cognitiva tem como objetivos:
  - Melhorar o desempenho nas AVD;
  - Estimular, recuperar ou compensar as funções cognitivas lesadas;
  - Maximizar as funções cognitivas;
  - Melhorar a qualidade de vidas das pessoas.

(Cicerone et al, 2011)




## Diapositivo 18

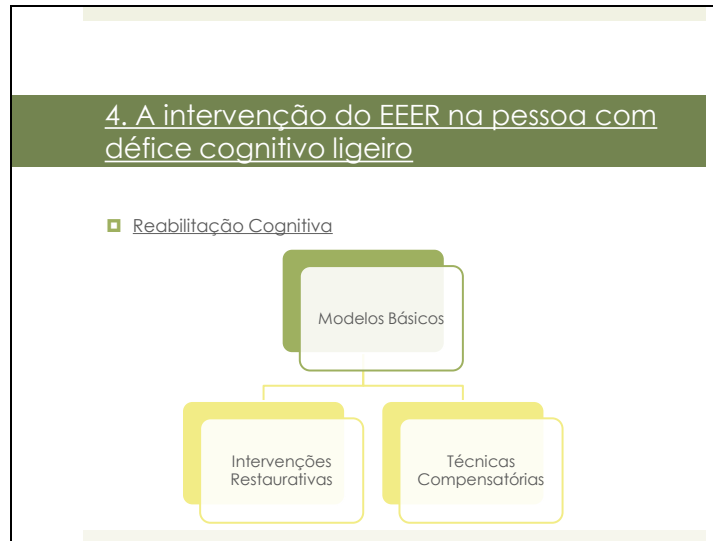
### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

- Plasticidade neural:
  - A capacidade do cérebro para regeneração e adaptação da sua morfologia e função;
  - Entende-se o cérebro humano como um órgão dinâmico e adaptativo, capaz de se reestruturar em função de novas exigências ambientais ou das limitações funcionais impostas por lesões cerebrais.

(Menoita, 2014)



## Diapositivo 19




## Diapositivo 20

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Memória


- Usar formas de registo (fotos, palavras, imagens, áudio) para eventos importantes que ocorreram no dia, compromissos futuros, ou ainda informações que, para serem lembradas pela pessoa, exijam pistas;
- Leitura de textos curtos (revistas, notícias), seguida de uma organização da informação (anotação dos pontos principais), e discussão com outras pessoas sobre o tema;
- Uso de possíveis ferramentas para o registo e alerta de determinada situação;



## Diapositivo 21

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

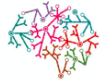
- Memória
  - Usar uma agenda na qual possa ver diariamente os compromissos;
  - Desenvolver uma rotina para as atividades e cumprir;
  - Planear atividades de forma a ajudar a diminuir o risco de se esquecer;
  - Criar um espaço para cada coisa e guardar sempre no mesmo sítio;
  - Fazer listas (lista de compras, lista de tarefas diárias, etc.);



## Diapositivo 22

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro


- Memória
  - Usar um bloco de notas para registar tudo o que for importante, e para verificar o que escreveu;
  - Usar um sistema de lembretes – telemóvel, despertador, post-it – e escolher o local mais apropriado para os colocar (ex. Em casa, o frigorífico para colocar notas, horários, etc.).
  - Repetir a informação mais do que uma vez, ensaiar a informação ajuda a recordá-la.



## Diapositivo 23

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro


- **Atenção**
  - Gerir o ambiente de forma a minimizar interferências de outros estímulos;
  - Variar a natureza da atividade segundo o interesse da pessoa (por ex.: leitura de notícias curtas, jogos de interesse,...);
  - Contextualizar sempre as situações, trazer exemplos do quotidiano da pessoa;
  - Disponibilizar bilhetes com dicas e orientações para situações em que se identificou que a pessoa necessita de auxílio;  
Rever e escrever os objetivos e as etapas das atividades para que a pessoa possa consultar durante a execução da atividade;



## Diapositivo 24

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro


- **Atenção**
  - Evitar locais com distrações e ruídos de fundo quando está a realizar uma atividade;
  - Evitar a realização de várias tarefas em simultâneo;
  - Fazer períodos de descanso entre as suas atividades;
  - Fazer as tarefas mais complexas no momento do dia em que está menos cansado;



## Diapositivo 25

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro


- Atenção
  - Fazer intervalos, breves mas frequentes, durante a realização de uma tarefa;
  - Repartir em pequenas tarefas simples uma tarefa complexa e fazer uma tarefa da cada vez;
  - Levar o tempo que for necessário para realizar cada tarefa.



## Diapositivo 26

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro


- Funções Executivas
  - Facilitar a organização do espaço físico de forma a reduzir a cargas das funções executivas;
  - Colocação de estímulos ou sinais para aumentar o comportamento adaptativo, como por exemplo a rotina para vestir-se, afixada no espelho do quarto;
  - Ensinar rotinas específicas para a tarefa;
  - Dar várias oportunidades para planejar as atividades.



## Diapositivo 27

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro


- Importante graduar os estímulos,
- Estar atento às respostas de fadiga e cansaço,
- Respeitar os limites da pessoa, evitando causar frustração;
- Utilizar estímulos familiares (vozes, músicas, objetos);
- Manter a calma;
- Evitar comparações com o passado;
- Manter o sentido de humor;
- Ser generoso com o reforço positivo.



## Diapositivo 28

### 4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

A família, cuidador e pessoas significativas devem ser envolvidas nos programas de reabilitação, atuando como função complementar ao cuidado profissional.





## Diapositivo 29

### 5. O Todo pelas Partes

- O Todo pelas Partes é um jogo de estimulação cognitiva inovador e versátil, que pretende estimular capacidades cognitivas.




## Diapositivo 30

### 5. O Todo pelas Partes

- Formas de jogar:
  - Jogo 1: Leitura das descrições pelo profissional;
  - Jogo 2: Cada jogador descreve as imagens que tem no seu baralho para que os restantes adivinhem;
  - Jogo 3: Mimica;
  - Jogo 4: Loto de imagens.


(NeuroAct, 2016)



## Diapositivo 31

### 5. O Todo pelas Partes

- Jogo 1 – Estimula funções executivas, memória semântica, raciocínio lógico, atenção;
- Jogo 2 – Estimula linguagem, criatividade, percepção visuo-espacial, atenção;
- Jogo 3 – Estimula praxias, atenção;
- Jogo 4 – Percepção visual e atenção, para pessoas com demência ou défice cognitivo ligeiro.



(NeuroAct, 2016)

## Diapositivo 32



### Estimulação Sensorial


Luis Santos

## Diapositivo 33

...

■ Sumário

1. Conceitos
2. Sensores
3. Estimulação sensorial
4. Habitus
5. Estímulos não significativos e autobiográficos
6. Caixa de estimulação sensorial/motora e neuro avaliação




## Diapositivo 34

1. Conceitos - Consciência

■ “capacidade de nos dar conta de nós próprios, da nossa atividade mental e do ambiente”  
(Ferro & Pimentel, 2006, p25).


■ “estado mental que ocorre quando estamos acordados e em que dispomos de um conhecimento privado e pessoal da nossa própria existência.”  
(Damásio, 2010, p.200)



## Diapositivo 35

### 1. Conceitos – Neuro-plasticidade

- "capacidade de o cérebro mudar e alterar a sua estrutura e função"  
(Sohlberg & Mateer, 2015,p.71).
- plasticidade anatômica e bioquímica do cérebro e a sua recuperação natural fornece a base para as intervenções de reabilitação.  
Andeletic,N, et al (2011); Zhu et al (2007)



## Diapositivo 36

### 1. Conceitos


- Memória
- Atenção
- Percepção



## Diapositivo 37

### 2. Sensores


- Os sentidos são agrupamentos de sensores definindo estes como "órgãos capazes de recolher informações do mundo exterior" (Castro Caldas, 2000, p.82).
- O ser humano tem uma capacidade de interação com o meio, usando os sentidos numa relação dinâmica.



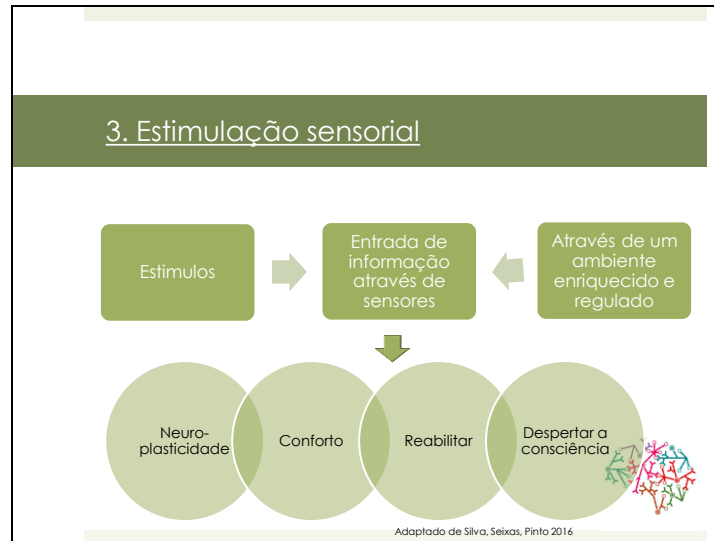
## Diapositivo 38

### 2. Sensores

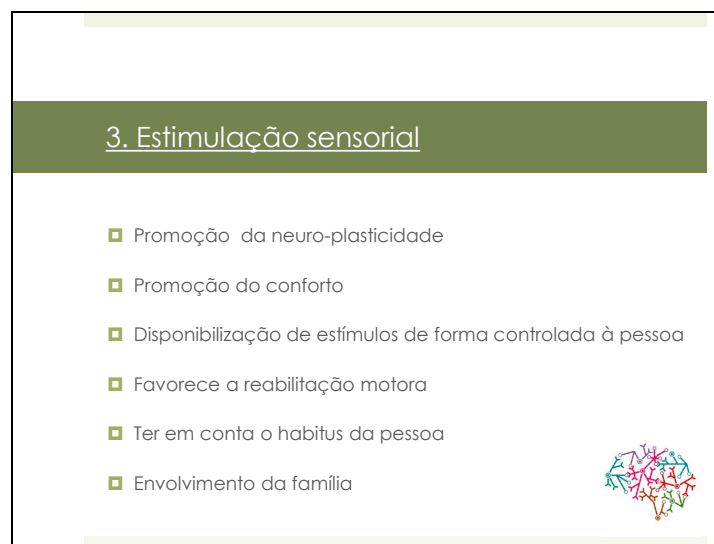
- Olfato (sensíveis a moléculas químicas)
- Paladar (sensíveis a moléculas químicas)
- Audição (receptores de som)
- Visão (receptores da luz)
- Sensibilidade (tátil, dor, temperatura, vibratória, propriocetiva)



## Diapositivo 39




## Diapositivo 40



## Diapositivo 41

### 4. Habitus

- Sistema que integra todas as experiências passadas (Bordieu 1963, 1972; Setton 2002)
- Associado ao passado e presente
- Reflete uma identidade social e uma experiência biográfica. (Setton 2002)



## Diapositivo 42

### 5. Estímulos não significativos e autobiográficos

Olfato	• reconhecimento de cheiros (perfume, shampoo, café) • Aromaterapia
Paladar	• Reconhecimento de alimentos (alimentos favoritos, sabores)
Audição	• Vozes familiares, música, leitura, sons familiares.
Visão	• Imagens projetadas, fotografias, autoimagem/espelho, filmes, objetos pessoais, cores.
Sensibilidade	• massagem, banho, objetos com diversas texturas, mobilizações



Diapositivo 43

6. Caixa de estimulação sensorial/motora e neuro avaliação



Diapositivo 44

Referências Bibliográficas

- Andelic, N., Sigurdardottir, S., Sveen, U., Tornos, S. (2011). Does no early onset and continuous chain f rehabilitation improve the long-term functional outcome of patients with severe traumatic brain injury?. Journal of trauma. DOI:10.1089/neu.2011.1811
- Caldas, A. C. (2000). A herança de Franz Joseph Gall, o cérebro ao serviço do comportamento humano. Portugal: McGraw-Hill. ISBN-972-773-034-5.
- Cicerone, K., Dahlberg, C.; Kaimar, K.; Langenbahn, D., Malce, J., Bergquist, T. ... Morse, P. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81(12), 1596–1615. DOI: 10.1053/apmr.2000.19240
- Cicerone, K., Langenbahn, D., Braden, C., Malce, J., Kaimar, K., Fraas, M. ... Ashman, T. (2011). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 2003 Through 2008. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92 (4), 519-530. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.11.015
- Costa, A. & Sequeira C. (2013). Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (9), 14-20.
- Damásio, A. (2000). O livro da consciência: a construção do cérebro consciente. Maia. Temas e debates. ISBN: 978-989-644-120-3.
- Ferreira, J. Pimentel, J. (2006). Neurologia - Princípios, diagnóstico e tratamento. Lisboa: Lidel -Edições Técnicas, Lda. ISBN:978-972-757-368-4.



## Diapositivo 45

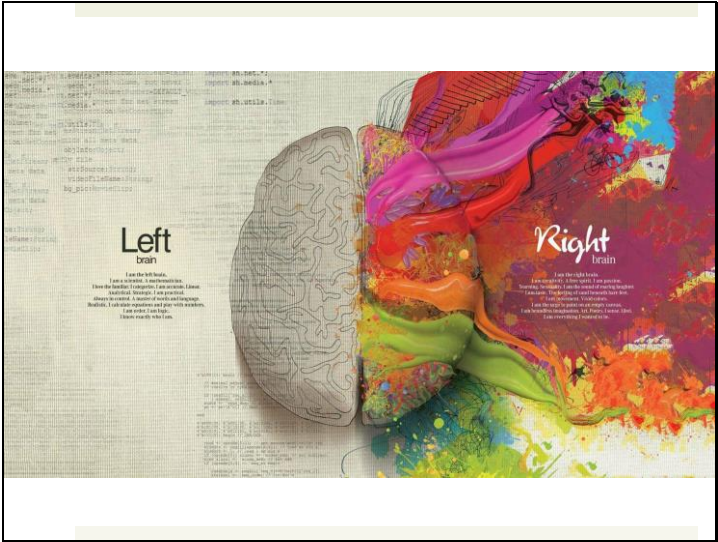
Referências Bibliográficas

- Loetscher, P. & Lincoln, P. (2013). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *The Cochrane Library*, 5, 1-58. DOI: 10.1002/14651858.CD002842.pub2.
- Mendes, R. (2011). *Avaliação cognitiva em traumatizados crânio-encefálicos ligeiros*. (Tese doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Menoita, E. (2014) – *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Nair, R. & Lincoln, P. (2008) Cognitive rehabilitation for memory deficits following stroke. *The Cochrane Library*, 4, 1-22. DOI: 10.1002/14651858.CD002293.pub3.
- NeuroAct (2016). *Soluções de Neuroestimulação*. Disponível em: <http://www.neuro-act.com/>
- Nunes, B. & Pais, J. (2014). *Doença de Alzheimer. Exercícios de Estimulação*. Lisboa: Lidel.
- Podell, K.; Gifford, K.; Bougakov, D. & Goldberg, K. (2010). Neuropsychological assessment in traumatic brain injury. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(4), 855-876. DOI: 10.1016/j.psc.2010.08.003

## Diapositivo 46

Referências Bibliográficas

- Podell, K.; Gifford, K.; Bougakov, D. & Goldberg, K. (2010). Neuropsychological assessment in traumatic brain injury. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(4), 855-876. DOI: 10.1016/j.psc.2010.08.003
- Setton, J. (2002). A teoria do habitus de Pierre Bourdier: uma leitura contemporânea. *Revista brasileira de educação*, 20, 60-70.
- Silva, C. (2016). *A regulação sensorial na promoção do conforto da pessoa em estado vegetativo persistente*. (Tese mestrado). Disponível no Reser-repositório digital.
- Sohlberg, M. M., Mateer, C. A. (2015). *Reabilitação cognitiva-Uma abordagem neuropsicológica integrada*. São Paulo: Santos Editora. ISBN 978-85-7288-704-5



**Apêndice XI – Jornal de aprendizagem “A música como veículo de conforto”**



**7º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização de Enfermagem de  
Reabilitação**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**JORNAL DE APRENDIZAGEM**

**A música como veículo de conforto**

**Luis Miguel Correia dos Santos**

Docente orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto

**Lisboa**

**2017**



Este diário de aprendizagem surge no contexto do ensino clínico hospitalar realizado num Centro de Medicina e Reabilitação.

A situação sobre a qual irei refletir neste jornal, ocorreu com uma utente, a Sra. C.F. de 75 anos, raça caucasiana, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e fibrilhação auricular, com o diagnóstico de AVC isquémico do hemisfério direito.

Esta utente apresentava-se consciente, orientada auto e alo psiquicamente. Sem alterações a nível da atenção, memória ou de linguagem. Apresenta capacidades práxicas mantidas e sem negligência hemiespacial unilateral. Apresenta força muscular (1/5) de acordo com a Escala de Lower, em todos os movimentos dos segmentos do hemicorpo esquerdo com aumento de tônus (1+) segundo a Escala de Ashworth Modificada, na extensão dos dedos da mão. Apresentava dependência total no vestir e despir. Equilíbrio estático mantido na posição sentada, mas alterado no dinâmico. Sem equilíbrio em posição de pé estático e dinâmico com necessidade de ajuda total na transferência. Como plano de reabilitação, no âmbito da reeducação funcional motora uma das atividades consistia na mobilização passiva com ajuda total a nível do hemicorpo mais lesado o qual era realizado durante o turno da tarde conforme protocolo do serviço.

Esta utente sempre que se mobilizava encontrava-se muito queixosa especialmente a nível da extensão e flexão dos dedos da mão e extensão/flexão e adução/abdução da articulação escápulo umeral.

Encontrava-me numa fase inicial do estágio, em processo ainda de integração na dinâmica e normas do serviço, mas já tinha tido a oportunidade de ter mobilizado o hemicorpo esquerdo desta senhora, sempre com queixas da sua parte.

Resolvi nesse dia inserir no processo de mobilização, o uso de música.

Ao abordar a utente sobre a possibilidade de ouvir música durante a minha atividade de reabilitação, a sua primeira reação foi de alegria e de elogio à ideia.

Antes do exercício, falámos sobre os seus gostos musicais, o quanto gostava de fado e o quanto a música era uma companhia para ela em casa antes de ter o AVC.

Dei início à atividade e pedi-lhe para relaxar um pouco, fechar os olhos e fiz a dissociação dos tempos respiratórios, inspirando pelo nariz e expirando lentamente pela boca com os lábios semicerrados. Depois pedi para abrir os olhos e realizámos

a mobilização passiva no hemicorpo lesado a nível de todos os segmentos, neste ambiente calmo e relaxante.

Durante o exercício é de salientar que face às mobilizações anteriores, apresentou tolerância à dor muito superior, demonstrado pela sua expressão facial, e pela aplicação da escala numérica para avaliação da dor, conseguindo mobilizar o membro numa amplitude superior à que se tinha obtido anteriormente.

No final da atividade a utente verbalizou, com ar de satisfação, “que quase tinha adormecido” (sic) e que se tinha sentido relaxada e experimentado uma sensação de conforto.

Devo salientar que após o sucesso desta atividade fiquei com uma sensação de satisfação profunda pelo contributo que dei no aumento do conforto da utente, tão essencial ao bem-estar de quem está numa instituição, muitas vezes descaracterizada face ao seu ambiente e hábitos de vida, num processo doloroso físico e psicologicamente, no longo caminho que é a reabilitação face à sua incapacidade, na tentativa de potencializar e obter o máximo ganho possível, de modo a voltar ao seu lar e à sua reintegração familiar e social.

No entanto, após a realização desta atividade, tive um sentimento contraditório, de insatisfação comigo próprio e de frustração. Uma vez que o meu projeto é ligado à estimulação sensorial, e uma das atividades a desenvolver é o uso dos estímulos auditivos como móbil de conforto, interrogo-me o porquê de não ter logo programado a mobilização usando música.

Refletindo e analisando a situação, penso que o fato de estar numa fase inicial do estágio, na assimilação da dinâmica do serviço, das suas rotinas, numa fase inicial de desenvolvimento de competências. Esse facto fez-me focar muito no procedimento técnico em si, sem dar prioridade à utente e à sua individualidade. Os atos técnicos não devem ser desvalorizados “fazem parte integrante dos cuidados de enfermagem. No entanto há que relativizar a sua importância e atribuir-lhes o devido lugar” (Hesbeen, 1997, p.53). Segundo McEvoy & Duffy (2008), a compreensão do conceito do cuidado holístico requer sensibilidade e conhecimento das suas crenças e no contexto dos seus valores de vida. Tento na minha prática profissional proporcionar cuidados centrados no utente, individualizando o mais possível a minha intervenção. Neste caso, nos meus contatos anteriores com esta utente, estava muito focado na

atividade em si e não tentei estabelecer com a utente uma interação tendo em conta a sua individualidade através de uma comunicação efetiva.

Ao ver que a utente se sentiu tão confortável após o desenvolvimento desta atividade e cruzando com o meu projeto a desenvolver neste estágio, refleti sobre este tema, através do presente jornal de aprendizagem.

Alvin (1998) refere que apesar do conceito de cura e doença terem mudado ao longo dos tempos, as relações humanas em relação à música têm-se mantido inalteradas, e sempre usadas por quem cura, desde o feiticeiro, o padre até aos profissionais de saúde e terapeutas musicais na atualidade, usando esta de modo diferente, dependendo das suas conceções de doença, crenças, conhecimento e técnicas musicais.

A música é um estímulo multimodal que ativa as estruturas cerebrais relacionadas com o processamento cerebral, atenção e memória (Johansson 2012; Zatorre et al, 2007; Koelsh, 2009; Thaut et al, 2009).

O seu uso segundo Sun & Chen (2015), produz bom humor e bem-estar e altera o estado físico e mental no decurso do tratamento ou processo médico. Neste sentido, Koelsh (2009) refere que a música tem efeitos de modelação na atenção, emoções, cognição, comportamento e comunicação.

É sabido que o ser humano tem uma capacidade de interação com o meio, usando os sentidos numa relação dinâmica. Ao ouvir música durante a mobilização, a utente através do seu sistema auditivo, recolhe as notas musicais. Os sentidos são agrupamentos de sensores definindo estes como “órgãos capazes de recolher informações do mundo exterior” (Castro Caldas, 2000, p.82).

O sistema auditivo é constituído pelo ouvido e pelas vias auditivas que conduzem a informação ao cérebro. Este sistema permite não só transformar ondas de pressão aérea em sons identificáveis, mas também localizar o som no espaço. (Castro Caldas 2000). O autor refere que o modo o cérebro entende o som, a partir da análise da intensidade, do tempo e da frequência permite localizar o som no espaço. A cadeia de processamento da informação para a formação da atividade cognitiva, contribui para a decodificação dos elementos sonoros das coisas do mundo, na formação de conceitos, e tem importância na formação do código simbólico de representação do

mundo e da sua transmissão através da linguagem. Os sons relacionados com a linguagem podem ser processados nos dois hemisférios cerebrais. No esquerdo o tratamento da informação conduz à identificação das unidades de significação simbólica que constituem a linguagem e a compreensão dos seus conteúdos. No hemisfério direito está preparado para tratar a informação que leva ao reconhecimento de propriedades acústicas do discurso ou à linha melódica de uma canção.

Zatorre 2012, citando Poeppel (2012), refere que as áreas corticais dentro do giro temporal superior contêm neurónios sensíveis ao som, consequentemente denominados de córtex auditivo. Pensa-se que os conjuntos neurais dentro do giro temporal superior contêm armazenadas representações de informação musical que podem ser reativadas através da sua estimulação resultando na perceção consciente.

Ao ouvir a música de relaxamento, a utente referiu uma extrema sensação de conforto e bem-estar. A música pode aumentar o nível de endorfinas, levando à diminuição de dor e induzir uma sensação de euforia natural (Campbel, 2000 p.103). Além disso tem efeito de evocação de memórias e modelação das estruturas límbicas e paralímbicas (Koelsh 2009), e por consequente é usada em tratamentos de depressão, ansiedade e stress. Estes fatores ajudam na promoção do bem-estar, e do conforto.

Neste caso, ao mobilizar com música, a utente irá estar menos ansiosa, pois sabe que tem menos dor quando tem a música associada ao exercício, bem como a modulação do humor permite que fique mais disponível para a realização das atividades de reabilitação.

No entanto devo salientar que as características individuais são fundamentais na construção de um cuidado centrado na pessoa. Dubbin, Chang & Shim (2013) referem a importância de o paciente poder comunicar habilidades culturais e atributos de maneiras que são reconhecidas e utilizáveis pelos profissionais de saúde fornecendo estes em troca comportamentos e ações que podem ser refletidos em cuidados centrados no utente. Podemos correlacionar com a importância de conhecermos o *habitus* do utente. Swartz (2002), refere que *habitus* consiste num conjunto de esquemas e disposições que são adquiridos desde a infância. Encontra-se associado não só ao passado, mas também a ação do presente, e reflete a identidade social e experiência autobiográfica (Setton 2002). O contexto biopsicossocial da pessoa é influenciado pelos *habitus* e influencia o modo como a pessoa procura e vê os



cuidados de saúde. Ao ter em conta o seu contexto autobiográfico, o seu gosto pela música, incluindo os seus gostos musicais, promovemos uma sensação de bem-estar e de felicidade associada à sua memória construída ao longo do tempo. Permite igualmente o estabelecimento de uma relação de confiança, de partilha e de compreensão com o utente, no contexto que está inserido, neste caso o hospital, permitindo igualmente uma gestão de ambiente que muitas vezes é adverso, proporcionando um estado de relaxamento e acalmia, e permitindo a colaboração nas atividades de reabilitação, e assim, obtenção de ganhos de conforto, tendo como base os cuidados centrados na pessoa

O conforto surge como elemento essencial na prática de cuidados, não acabando nos cuidados físicos, mas sim ligado a uma dimensão multidimensional da pessoa, podendo falar num conforto holístico (Kolkaba, 2003).

Segundo Pinto (2014), a informação recebida pelos sensores, através destes estímulos revestidos de conforto, desperta as memórias, usa as emoções de modo a que a pessoa tenha capacidade de se lembrar de algo relacionado com a emoção evocada.

Kolkaba (2003) refere conforto como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. Down (2004) refere que na teoria de Kolkaba existem 3 tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) que são experimentados em quatro contextos (físico, psico-espiritual, ambiental e social).

Ao usar a música como intervenção, consegui provocar conforto relacionado com a tranquilidade, provocando um estado de calma e bem-estar, num contexto físico e ambiental. O uso da música intervém no ambiente, no meio que a rodeia promovendo condições externas através da receção de estímulos agradáveis provocados pelas notas musicais. Em relação ao contexto físico, isto é, das sensações do corpo, manifestou-se pela diminuição de dor na mobilização e na tolerância à dor, conseguindo maiores amplitudes articulares.

Como futuro EEER esta aprendizagem foi essencial para o desenvolvimento de competências gerais e específicas.

Como competências gerais considero que desenvolvi no domínio B.3. “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”; através da unidade de competência B3.1.

“promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”. (Ordem dos enfermeiros, 2010). Estes domínios assentam na promoção do conforto e ambiente seguro que promovi à utente durante a atividade.

No campo das competências específicas considero que desenvolvi competências no domínio J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, através das unidades de competência J1.2 “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade” J1.3 “implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade; J1.4. “avalia os resultados das intervenções implementadas” (OE, 2010).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvin, J. (1998). *Music therapy*. London:British library cataloguing.

Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall, o cérebro ao serviço do comportamento humano*. Portugal: McGraw-Hill.

Campbel, D. (2006). *O efeito Mozart*. Cruz quebrada: Estrela polar

Down, Therèse. (2004). Teoria do conforto. In Tomey, A. M., Alligood, M. R. *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência.

Dubbin, L. A., Chang, J.K., Shim, J.K.(2013). Cultural health capital and the interactional Dynamics of patient-centered care. National institutes of Health. 93. 1-14.

Hesbeen,W. (2000). *Cuidar no hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusodidacta.

Koelsch, S. (2009), A neuricientific perspective on music. *The Neurosciences and music- disorders and plasticity*, 374-384.

Kolkaba,K.(2003). *Confort theory and practice, a vision for holistic health care and research*. Springer Publishig. New York.

Johansson,B.B.(2012). Multisensory stimulation in stroke rehabilitation. *Frontiers in human neuroscience*. volume 6, article 60, p.1-11.

Mcevoy, L.; Duffy, A. (2008). Holistic practice: A concept analysis. *Nurse Education in Practice*. 8, 412-419

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de competências específicas em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pinto,V.M.(2014). *Coma, provocar a consciência num movimento de espiral*. Lusodidacta:Loures.

Setton, M.G.C.(2002). A teoria do habitus em Pierre Bourdieu uma leitura contemporânea. *Revista brasileira de educação*. Nº20. 60-70.

Sun,J., Chen,W.(2015). Music therapy for coma patients: preliminar results. *European review for medical and pharmacological sciences*. 19:1209-1218.

Swartz, D. L. (2002). The sociology of habit: the perspective of Pierre Bourdieu. *The occupational therapy jornal of research*. 22: 61s-69s.

Zatorre,R.J.(2012). When the brain plays music:perception, plasticity, and emotion.in Fundação Calouste Gulbenkian. Brain.org, fórum Gulbenkian de saúde 2012. Lisboa:Fundação Calouste Gulbenkian.



7ºCurso de Mestrado em Enfermagem -Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

**Autoavaliação do percurso de Aquisição/Desenvolvimento de Competências**

Estudante: Luis Miguel Correia dos Santos nº6692

Local de estagio: [REDACTED]

[REDACTED] Duração: de 26/09/2016 a 27/11/2016

Orientador estágio: [REDACTED]

Orientador ESEL: Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto

Apreciando o meu desempenho neste ensino clinico, devo em primeiro lugar salientar a minha boa integração no serviço, quer com a equipa de enfermagem, quer com a equipa interdisciplinar. Consigo compreender a dinâmica de funcionamento de da instituição, a sua filosofia e o percurso do utente desde a sua chegada até à sua saída.

Conseguí desenvolver competências no âmbito geral e específico ligado à enfermagem de reabilitação, demonstrando-o na minha prestação de cuidados como especialista. Estes cuidados intervenção tem em conta a incapacidade ou limitação de atividade do utente, promovendo a sua reabilitação e reintegração social através do desenvolvimento de atividades.

Desenvolvi treino de atividades tendo em conta a adaptação da pessoa com incapacidade, através do treino de AVD, institui programas de reabilitação funcional motora na qual inclui por exemplo treinos de equilíbrio, transferência, mobilizações, atividades terapêuticas. Realizei avaliações ao utente, utilizando escalas, como por exemplo a de Lower ou a de Asworth Modificada. Construi uma caixa com materiais e indicações para avaliação neurológica e outra de estimulação sensorial e motora que foram muito do agrado do serviço e dos seus profissionais. Todas estas atividades tiveram em conta o potenciar das capacidades do utente e diminuir a sua incapacidade permitindo assim a melhoria da sua qualidade de vida. De salientar o estabelecimento de relação terapêutica e empática com os utentes que é sempre algo de especial e que é uma das bases do nosso trabalho.

O estágio desenvolveu-se de uma forma gradual, inicialmente alguma dificuldade na gestão de tempo e prioridades, mas que foram superadas. De igual modo a nível de iniciativa e aplicação de conhecimentos obtidos. Também o uso de linguagem e terminologia adequada foi um aspeto que consegui melhorar ao longo deste percurso.

Penso que foi um estágio em crescendo e nesta autoavaliação, face ao meu desempenho atribuo-me a nota formativa de **Muito Bom**.





7ºCurso de Mestrado em Enfermagem -Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

**Autoavaliação do percurso de Aquisição/Desenvolvimento de Competências**

Estudante: Luis Miguel Correia dos Santos nº6692

Local de estagio: ECCI – [REDACTED]

Orientador estágio: Enfermeira [REDACTED]

Orientador ESEL: Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto

Apreciando o meu desempenho, saliento a boa integração no serviço, associado ao desenvolvimento de boas relações interpessoais com a equipa interdisciplinar. Consigo compreender a dinâmica de funcionamento e filosofia da ECCI e adquirir conhecimentos sobre a RNCC, nomeadamente o modo como se articula na comunidade, os seus canais de referenciação e critérios, sendo uma mais valia que irá permitir a construção de pontes entre o hospital e comunidade no meu local de trabalho que se pauta muitas vezes por ser ineficaz devido ao seu desconhecimento por parte da equipa.

Conseguí desenvolver competências no âmbito geral e específico na área da reabilitação, demonstrando-o na prática através da elaboração de planos de reabilitação respeitando a individualidade da pessoa e executando atividades com base em instrumentos de avaliação na vertente motora, respiratória e cognitiva, sempre tendo em conta a incapacidade ou limitação de atividade da pessoa, de modo a uma reintegração no seio familiar e comunidade.

Conseguí implementar o meu projeto, realizando atividades de estimulação sensorial regulada e assim atingir os objetivos propostos, visualizando ganhos de saúde na execução destas. Realizei uma ação de formação no âmbito do projeto e introduzi materiais de estimulação sensorial e motora que foram uma mais valia para o serviço.

Saliento o estabelecimento de uma relação empática e de confiança com os utentes e cuidadores, para o qual foi importante o acompanhamento continuo ao longo do período de estágio.

Em jeito de conclusão este estágio permitiu o desenvolvimento de competências conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, e adquirir conhecimento baseado na evidência bem como o desenvolvimento de competências técnicas e humanas fundamentais para a prestação de cuidados de reabilitação de qualidade centrados na pessoa.

Face ao meu desempenho autoavalio-me com nota formativa de **Excelente**.



#### ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

**Indicación:** Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales.

**Codificación proceso:** 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

**Administración:** consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

#### Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

**Reevaluación:** Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

**Propiedades psicométricas** Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

#### TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
<b>TOTAL</b>	

#### OPCIONES

1= Nunca    2= Rara vez    3= Algunas veces    4=Bastantes veces    5=Casi siempre

Fonte: [http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum\\_valoracion\\_atencion\\_domiciliaria/069\\_ESCALA\\_SOBRECARGA\\_CUIDADOR\\_Test\\_Zarit.pdf](http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf)



## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR DE GIJON

Aplicabilidade: Aplicável ☐ Não Aplicável ☐

1. SITUAÇÃO FAMILIAR	
1	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família sem conflito.
2	Vive com cônjuge/ companheiro de idade semelhante.
3	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família e/ ou outros, mas não podem ou não querem cuidá-lo.
4	Vive sozinho, com filhos e/ ou familiares próximos que não dão resposta a todas as necessidades.
5	Vive sozinho, família distante, sem cuidador, sem família.

2. RELAÇÕES E CONTACTOS SOCIAIS	
1	Mantém relações fora do domicílio.
2	Relaciona-se com a família/ vizinhos/ outros, sai de casa.
3	Apenas se relaciona com a família, sai de casa.
4	Não sai de casa, recebe família ou visitas (≠ 1 semana).
5	Não sai de casa nem recebe visitas (≠ 1 semana).

3. APOIO DA REDE SOCIAL	
1	Não necessita de nenhum apoio.
2	Recebe apoio da família e/ ou vizinhos.
3	Recebe apoio social formal suficiente (Centro de Dia, Ajudante Familiar, vive num Lar, etc....).
4	Tem apoio social mas é insuficiente.
5	Não tem apoio social e necessita.

PONTUAÇÃO	
10	Deterioro social severo (alto risco de institucionalização)
6-9	Situação intermédia
5	Situação social boa (baixo risco de institucionalização)

TSSS \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



## GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Identificação doente \_\_\_\_\_

### Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
<b>Vigilância</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou pigarreio</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

### Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b>	(20)		



*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
<sup>1</sup>	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia  Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta normal</li> <li>Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso  Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira  Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta passada</li> <li>Líquidos muito devagar (um gole de cada vez)</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul>
10–14	Semi-sólido com sucesso  Líquido sem sucesso	Disfagia moderada  Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta semi-líquida</li> <li>Líquidos espessados</li> <li>Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado</li> <li>Não administrar medicação líquida</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave  Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral)</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

#### **Anexo IV – Mini Mental State Exam (MMSE)**

## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

**Orientação Temporal Espacial** – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

**Registros** – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

**Atenção e cálculo** – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

**Lembrança ou memória de evocação** – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

**Linguagem** – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

### Identificação do cliente

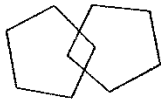
Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( )

Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<b>Orientação Temporal Espacial</b> 1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1 2. Onde estamos? Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1	<b>Linguagem</b> 5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2 6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1 7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3 8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS. _____ 1 09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1
<b>Registros</b> 1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3	
<b>3. Atenção e cálculo</b> Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5	10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1
<b>4. Lembranças (memória de evocação)</b> Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3	

<b><i>AValiação do escore obtido</i></b>	<b>TOTAL DE PONTOS OBTIDOS</b>
<b>Pontos de corte – MEEM</b> Brucki et al. (2003) 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.	

#### Referências

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.

Bertolucci PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1994, 52(1):1-7.

Brucki SMD et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2003, 61(3):777-781 B.

#### Tabela para apresentação dos resultados do MINIMENTAL

Teste	Idade no teste	Orien. Tem./Espac.	MINI EXAME DO ESTADO MENTAL				Total	Classificação	Data
			Registros	Atenção e cálculo	Lembrança	Linguagem			

**Anexo V - Escala de Níveis de Funcionamento Cognitivo Rancho Los Amigos  
(LCFS)**

## **Rancho Los Amigos - Revised Levels of Cognitive Functioning**

### **Level I - No Response: Total Assistance**

- Complete absence of observable change in behavior when presented visual, auditory, tactile, proprioceptive, vestibular or painful stimuli.

### **Level II - Generalized Response: Total Assistance**

- Demonstrates generalized reflex response to painful stimuli.
- Responds to repeated auditory stimuli with increased or decreased activity.
- Responds to external stimuli with physiological changes generalized, gross body movement and/or not purposeful vocalization.
- Responses noted above may be same regardless of type and location of stimulation.
- Responses may be significantly delayed.

### **Level III - Localized Response: Total Assistance**

- Demonstrates withdrawal or vocalization to painful stimuli.
- Turns toward or away from auditory stimuli.
- Blinks when strong light crosses visual field.
- Follows moving object passed within visual field.
- Responds to discomfort by pulling tubes or restraints.
- Responds inconsistently to simple commands.
- Responses directly related to type of stimulus.
- May respond to some persons (especially family and friends) but not to others.

### **Level IV - Confused/Agitated: Maximal Assistance**

- Alert and in heightened state of activity.
- Purposeful attempts to remove restraints or tubes or crawl out of bed.
- May perform motor activities such as sitting, reaching and walking but without any apparent purpose or upon another's request.
- Very brief and usually non-purposeful moments of sustained alternatives and divided attention.
- Absent short-term memory.
- May cry out or scream out of proportion to stimulus even after its removal.
- May exhibit aggressive or flight behavior.
- Mood may swing from euphoric to hostile with no apparent relationship to environmental events.
- Unable to cooperate with treatment efforts.
- Verbalizations are frequently incoherent and/or inappropriate to activity or environment.

### **Level V - Confused, Inappropriate Non-Agitated: Maximal Assistance**

- Alert, not agitated but may wander randomly or with a vague intention of going home.
- May become agitated in response to external stimulation, and/or lack of environmental structure.
- Not oriented to person, place or time.
- Frequent brief periods, non-purposeful sustained attention.
- Severely impaired recent memory, with confusion of past and present in reaction to ongoing activity.
- Absent goal directed, problem solving, self-monitoring behavior.
- Often demonstrates inappropriate use of objects without external direction.
- May be able to perform previously learned tasks when structured and cues provided.
- Unable to learn new information.
- Able to respond appropriately to simple commands fairly consistently with external structures and cues.
- Responses to simple commands without external structure are random and non-purposeful in relation to command.

- Able to converse on a social, automatic level for brief periods of time when provided external structure and cues.
- Verbalizations about present events become inappropriate and confabulatory when external structure and cues are not provided.

**Level VI - Confused, Appropriate: Moderate Assistance**

- Inconsistently oriented to person, time and place.
- Able to attend to highly familiar tasks in non-distracting environment for 30 minutes with moderate redirection.
- Remote memory has more depth and detail than recent memory.
- Vague recognition of some staff.
- Able to use assistive memory aide with maximum assistance.
- Emerging awareness of appropriate response to self, family and basic needs.
- Moderate assist to problem solve barriers to task completion.
- Supervised for old learning (e.g. self care).
- Shows carry over for relearned familiar tasks (e.g. self care).
- Maximum assistance for new learning with little or no carry over.
- Unaware of impairments, disabilities and safety risks.
- Consistently follows simple directions.
- Verbal expressions are appropriate in highly familiar and structured situations.

**Level VII - Automatic, Appropriate: Minimal Assistance for Daily Living Skills**

- Consistently oriented to person and place, within highly familiar environments. Moderate assistance for orientation to time.
- Able to attend to highly familiar tasks in a non-distraction environment for at least 30 minutes with minimal assist to complete tasks.
- Minimal supervision for new learning.
- Demonstrates carry over of new learning.
- Initiates and carries out steps to complete familiar personal and household routine but has shallow recall of what he/she has been doing.
- Able to monitor accuracy and completeness of each step in routine personal and household ADLs and modify plan with minimal assistance.
- Superficial awareness of his/her condition but unaware of specific impairments and disabilities and the limits they place on his/her ability to safely, accurately and completely carry out his/her household, community, work and leisure ADLs.
- Minimal supervision for safety in routine home and community activities.
- Unrealistic planning for the future.
- Unable to think about consequences of a decision or action.
- Overestimates abilities.
- Unaware of others' needs and feelings.
- Oppositional/uncooperative.
- Unable to recognize inappropriate social interaction behavior.

**Level VIII - Purposeful, Appropriate: Stand-By Assistance**

- Consistently oriented to person, place and time.
- Independently attends to and completes familiar tasks for 1 hour in distracting environments.
- Able to recall and integrate past and recent events.
- Uses assistive memory devices to recall daily schedule, "to do" lists and record critical information for later use with stand-by assistance.
- Initiates and carries out steps to complete familiar personal, household, community, work and leisure routines with stand-by assistance and can modify the plan when needed with minimal assistance.
- Requires no assistance once new tasks/activities are learned.
- Aware of and acknowledges impairments and disabilities when they interfere with task completion but requires stand-by assistance to take appropriate corrective action.
- Thinks about consequences of a decision or action with minimal assistance.
- Overestimates or underestimates abilities.

- Acknowledges others' needs and feelings and responds appropriately with minimal assistance.
- Depressed.
- Irritable.
- Low frustration tolerance/easily angered.
- Argumentative.
- Self-centered.
- Uncharacteristically dependent/independent.
- Able to recognize and acknowledge inappropriate social interaction behavior while it is occurring and takes corrective action with minimal assistance.

**Level IX - Purposeful, Appropriate: Stand-By Assistance on Request**

- Independently shifts back and forth between tasks and completes them accurately for at least two consecutive hours.
- Uses assistive memory devices to recall daily schedule, "to do" lists and record critical information for later use with assistance when requested.
- Initiates and carries out steps to complete familiar personal, household, work and leisure tasks independently and unfamiliar personal, household, work and leisure tasks with assistance when requested.
- Aware of and acknowledges impairments and disabilities when they interfere with task completion and takes appropriate corrective action but requires stand-by assist to anticipate a problem before it occurs and take action to avoid it.
- Able to think about consequences of decisions or actions with assistance when requested.
- Accurately estimates abilities but requires stand-by assistance to adjust to task demands.
- Acknowledges others' needs and feelings and responds appropriately with stand-by assistance.
- Depression may continue.
- May be easily irritable.
- May have low frustration tolerance.
- Able to self monitor appropriateness of social interaction with stand-by assistance.

**Level X - Purposeful, Appropriate: Modified Independent**

- Able to handle multiple tasks simultaneously in all environments but may require periodic breaks.
- Able to independently procure, create and maintain own assistive memory devices.
- Independently initiates and carries out steps to complete familiar and unfamiliar personal, household, community, work and leisure tasks but may require more than usual amount of time and/or compensatory strategies to complete them.
- Anticipates impact of impairments and disabilities on ability to complete daily living tasks and takes action to avoid problems before they occur but may require more than usual amount of time and/or compensatory strategies.
- Able to independently think about consequences of decisions or actions but may require more than usual amount of time and/or compensatory strategies to select the appropriate decision or action.
- Accurately estimates abilities and independently adjusts to task demands.
- Able to recognize the needs and feelings of others and automatically respond in appropriate manner.
- Periodic periods of depression may occur.
- Irritability and low frustration tolerance when sick, fatigued and/or under emotional stress.
- Social interaction behavior is consistently appropriate.

**REFERENCE**





ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
	<i>Paulo Roberto Ribeiro</i>	<i>Sandra Maria Sauchet</i>	<i>Luiz Carlos de S.</i>

## ANEXO I

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTÁGIO COM RELATÓRIO - Registo das Sessões de Orientação Av. FúlNome do estudante: Luís Diogo Correia SantosNome do orientador: Sara Matias SanchesData: 23/11/2016

Duração das \_\_\_\_ h às \_\_\_\_ h

Registo da orientação: os aspetos/temas abordados; as decisões tomadas; as orientações dadas e os compromissos assumidos.

Globalmente, o enfº Luís atingiu os objectivos propostos no início do estágio e integrou-se bem no serviço, tendo sido positivo o "feedback" da equipa de Enfermagem. O estágio compreendeu vários momentos de aprendizagem, tendo sido dada a possibilidade de conhecer o departamento dos Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação que visa a maximização da funcionalidade desenvolvendo a capacidade das pessoas (AVD). Penso que a passagem do aluno por este departamento foi fundamental para a abordagem que actualmente tem com os utentes, nomeadamente na actividade de ajudar o utente a levantar-se ou a transferir-se, fazendo-a de forma segura e correcta. Foram abordados vários temas de interesse do aluno e sempre que possível procurou contactar o seu projecto à realidade do serviço e às oportunidades que foram surgindo.

Ao longo do estágio o Luís destacou-se gradualmente pela sua disponibilidade, iniciativa e autonomia crescentes. Foi dado espaço ao aluno para identificar necessidades do serviço, tendo sido o próprio a identificar a necessidade de 1 Kit de avaliação dos pares cranianos e estimulação sensorial e motora. Excelente trabalho.

Foram dadas várias orientações no que respeita ao planeamento e organização das actividades a desenvolver com os utentes pois era um aspecto inicialmente difícil de gerir por parte do aluno que assumiu o compromisso de avaliar, planejar e organizar com sucesso na sua intervenção.

Acho o estudante com Muito Bom. Grata

Assinatura do orientador

Assinatura do estudante

Sara Matias Sanches



APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Luís Tiago Santos  
Local de Estágio: SCCI Alameda Compa Início: 13/1/2017 Fim: \_\_\_\_\_  
Orientador: Dr.ª Maria José Cabrita

O estudante refere o seu percurso, comida que beneficiar de interações por parte dos demais exp<sup>tes</sup> de oprime, bem como complexa a organização e a organização dos docentes, mas neste momento já compreende esse processo, e a dinâmica das unidades.  
Tem feito o C. E. reabilitar, adaptando ao contexto comunitário, destacando a importância de ac<sup>ção</sup> / <sup>motivação</sup> / <sup>política</sup> do ambiente às necessidades do doente, essencial m<sup>to</sup> idosos. Destaca também a importância de relap<sup>to</sup> terapêuticas, entre profissionais e doente, os cuidados, comidando os e auto avaliar os exce<sup>ntes</sup>.  
A exp<sup>te</sup> o exce<sup>ntes</sup> de Substâncias

→ Avaliação Final 10/2/2017.

O estudante refere-se ao seu percurso formativo e científico que irá suportar o documento por se anexar.  
A avaliação a relap<sup>to</sup> inter<sup>te</sup> de exp<sup>te</sup> profissionais. Avalia-se os exce<sup>ntes</sup>.  
A exp<sup>te</sup> Dr.ª Maria José Cabrita Substâncias o exce<sup>ntes</sup> o exce<sup>ntes</sup> documento que se anexa

DATA:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:	<u>Dr.ª Maria José Cabrita</u>	<u>Maria José Cabrita</u>	<u>Luís Tiago Santos</u>

O aluno Luís Miguel Correia dos Santos integrou-se sem dificuldade na equipa multiprofissional e atualmente está apto a incorporar a equipa, equiparando-se a um dos seus elementos. Inteirou-se rapidamente da metodologia de trabalho da ECCI Consigo, assim como, adquiriu conhecimentos sobre a RNCCI, a sua filosofia e o seu modelo organizacional.

Realiza os registos diários nas duas plataformas informáticas, autonomamente e sem qualquer dificuldade.

Trata-se de uma pessoa com grande capacidade para estabelecer relações interpessoais, foi com manifestações de carinho que os idosos o acolheram no seu domicílio. Ao longo do estágio manteve relações de proximidade e interajuda com todos os utentes. É uma pessoa dinâmica e criativa, realizou planos individuais de intervenção e reabilitação tendo em consideração as atividades profissionais e/ou de eleição dos utentes. Assim como, desenvolveu atividades de estimulação cognitiva, tendo em conta a história de vida, os hábitos e os gostos dos utentes.

Pesquisou, elaborou e compilou diversos programas de exercícios, que servem de guia orientador para os utentes realizarem os exercícios terapêuticos na ausência do enfermeiro de reabilitação.

Promove uma relação de ajuda com os utentes e seus familiares, fundamentada na autenticidade e na individualidade da pessoa, ajudando desta forma, a adquirir competências que lhes permitam lidar com os seus problemas. Os utentes sentem a sua falta e questionam a sua ausência.

Realizou uma ação de formação dirigida aos enfermeiros da UCC consigo subordinada ao tema: estimulação sensorial e organizou duas caixas: uma para a estimulação sensorial e motora e outra para a avaliação dos pares cranianos, que serão extremamente úteis para a unidade.

É detentor de conhecimentos e procedimentos que permitem ajudar as pessoas a alcançar o seu potencial máximo de reabilitação. Identifica sem dificuldade os problemas da pessoa e concebe um plano de intervenção individual de cuidados de enfermagem de reabilitação, implementando-o e avaliando-o.

Ao longo deste estágio desenvolveu competências científicas, técnicas e humanas, fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Maria José Simões Neto Cabrita